

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ
ФАКУЛТЕТ ЗА СПЕЦИЈАЛНУ ЕДУКАЦИЈУ И
РЕХАБИЛИТАЦИЈУ

ЉИЉАНА Ж. ШИМПРАГА

КАРАКТЕРИСТИКЕ СОЦИЈАЛНЕ
ПАРТИЦИПАЦИЈЕ И КВАЛИТЕТА ЖИВОТА
КОД ОСОБА СА РЕУМАТОИДНИМ
АРТРИТИСОМ

ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА

БЕОГРАД, 2023

**UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF SPECIAL EDUCATION AND REHABILITATION**

LJILJANA Z. SIMPRAGA

**CHARACTERISTICS OF SOCIAL
PARTICIPATION AND QUALITY OF LIFE IN
PERSONS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS**

DOCTORAL DISSERTATION

BELGRADE, 2023

Ментор:

Др Горан Недовић, редовни професор, Универзитет у Београду - Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију

Чланови комисије:

Др Снежана Николић, редовни професор, Универзитет у Београду - Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију

Др Ивана Сретеновић, доцент, Универзитет у Београду - Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију

Др Мирјана Златковић Швенда, доцент, Универзитет у Београду - Медицински факултет

Датум одбране: _____

Захвалност и поштовање мом ментору др Горану Недовићу, професорима и колегама.

Захвалност и љубав мојој сестри Тијани Шимпрага Каполонарис на подрици и ослоницу.

Карактеристике социјалне партиципације и квалитета живота код особа са реуматоидним артритисом

РЕЗИМЕ

Циљ овог истраживања је да се утврде карактеристике социјалне партиципације и квалитета живота код особа са реуматоидним артритисом.

Узорак истраживања чини 60 испитаника са реуматоидним артритисом, оба пола ($n = 44$, $f = 73\%$, женског пола), просечне старости 53,17 (СД = 14,14) година. За прикупљање података о независним варијаблама коришћен је социодемографски упитник и упитник за прикупљање података у вези са реуматоидним артритисом конструисан за потребе овог истраживања. За прикупљање података о зависним варијаблама коришћени су: Упитник за процену функцијског стања, Модификовани упитник о учешћу у друштвеној улози и Упитник о квалитету живота код реуматоидног артритиса. Подаци су прикупљени кроз самоизвештавање, тачније са становишта особе која има артритис и како она доживљава могуће потешкоће у функционалној и социјалној сфери или у укупном квалитету живота.

Резултати истраживања су показали да су односи са децом и другим члановима породице идентификовани као најважнија социјална мрежа и подршка за особе са реуматоидним артритисом. Домен слободног времена, путовања и плаћеног посла код особа са реуматоидним артритисом нижих функцијских способности су у корелацији са већим ограничењима при остваривању социјалних улога. Такође, ове особе изражавају мање задовољство при остваривању социјалних улога услед снижених функцијских способности. Пол, живот у заједници и активност болести утичу на квалитет живота особа са реуматоидним артритисом. Социјална партиципација утиче на квалитет живота тако што већа ограничења при остваривању социјалних улога прати нижи степен квалитета живота. Веће задовољство при учешћу у социјалним улогама у вези је са вишим квалитетом живота особа са реуматоидним артритисом. Резултати истраживања показују да постоји повезаност између статуса функцијских способности, социјалне партиципације и квалитета живота особа са реуматоидним артритисом. Програме подстицања и побољшања партиципације потребно је прилагодити особама са реуматоидним артритисом, уважавајући специфичности димензија социјалног учешћа које смо утврдили овим истраживањем и на тај начин утицати на унапређење квалитета њиховог живота.

Кључне речи: *реуматоидни артритис, функцијске способности, социјална партиципација, квалитет живота*

Научна област: Специјална едукација и рехабилитација

Ужа научна област: Соматопедија

Characteristics of social participation and quality of life in people with rheumatoid arthritis

SUMMARY

The objective of this research is to determine the characteristics of social participation and quality of life in people with rheumatoid arthritis.

The research sample consists of 60 subjects with rheumatoid arthritis, both sexes (n = 44, f = 73%, female), average age 53.17 (SD = 14.14) years. To collect data on independent variables, a sociodemographic questionnaire and a questionnaire for collecting data related to rheumatoid arthritis made for the purposes of this research were used. To collect data on dependent variables, the following were used: Health Assessment Questionnaire, Social Role Participation Questionnaire - Modified and Rheumatoid arthritis quality of life questionnaire. Data were collected through self-reporting, more precisely from the point of view of a person with arthritis and how he/she experiences possible difficulties in the functional and social sphere or in the overall quality of life.

The research results showed that relationships with children and other family members were identified as the most important social network and support for people with rheumatoid arthritis. The domains of leisure, travel and paid work in persons with rheumatoid arthritis with lower functional abilities are correlated with greater limitations in achieving social roles. Also, these people express less satisfaction in fulfilling social roles due to reduced functional abilities. Gender, community living, and disease activity affect the quality of life of people with rheumatoid arthritis. Social participation affects the quality of life, as greater restrictions in the realization of social roles are accompanied by a lower level of quality of life. Greater satisfaction with participation in social roles is associated with a higher quality of life in people with rheumatoid arthritis. The research results show that there is a connection between the status of functional abilities, social participation and the quality of life of people with rheumatoid arthritis. Programs to encourage and improve participation need to be adapted to people with rheumatoid arthritis, taking into account the specifics of the social participation dimensions we identified through this research and in that way have impact on the improvement of their quality of life.

Key words: *rheumatoid arthritis, functional abilities, social participation, quality of life*

Scientific field: Special Education and Rehabilitation

Scientific subfield: Special Education and Rehabilitation of Persons with Motor Disabilities

ЛИСТА КОРИШЋЕНИХ СКРАЋЕНИЦА

ACPAs - anti - citrullinated protein antibodies
ACR - American College of Rheumatology
BML - Болест модификујући лекови
VAS - Visual analog scale
DAS28 - The Disease Activity Score
DMARD - Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs
ESR - Elevated erythrocyte sedimentation rate
EU - European Union
EULAR - European League Against Rheumatism
ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health
IU - International unit
KOOS - Knee and Osteoarthritis Outcome Score
МКФ - Међународна класификација функционалности, инвалидности и здравља
n - број испитаника
NHM - Nottingham Health Profile
NSAIL - Нестероидни антиинфламаторни лекови
NYHA - The New York Heart Association
РА - реуматоидни артритис
RAQoL - Rheumatoid arthritis quality of life
RF - rheumatoid factor
SD - Стандардна девијација
SPSS™ - Statistical Package for the Social Sciences
SRPQ - Social Role Participation Questionnaire
ULN - upper limit of normal
HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale
HAQ - Health Assessment Questionnaire
HAQ DI - Health Assessment Questionnaire-Disability Index
HOOS - Hip and Osteoarthritis Outcome Score
HRQoL - Health Related Quality of Life
HSD - Honestly significant difference
CDAI - Clinical Disease Activity Index
COVID -19 - Coronavirus disease 2019
CRP - С - реактивног протеина
WHO - World Health Organization
WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

САДРЖАЈ

УВОД.....	1
I ТЕОРИЈСКЕ ОСНОВЕ.....	3
1.1. Реуматоидни Артритис.....	4
1.1.1. Дефиниција реуматоидног артритиса.....	4
1.1.2. Епидемиологија.....	6
1.1.3. Етиологија.....	7
1.1.4. Клиничка слика реуматоидног артритиса.....	8
1.1.5. Системске појаве у реуматоидном артритису.....	9
1.1.6. Лечење реуматоидног артритиса.....	9
1.2. Социјална партиципација код особа са реуматоидним артритисом.....	13
1.3. Квалитет живота код особа са реуматоидним артритисом.....	17
1.4. Преглед досадашњих истраживања о социјалној партиципацији и квалитету живота особа са реуматоидним артритисом.....	19
II ПРЕДМЕТ, ЦИЉ И ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА.....	25
2.1. Проблем и предмет истраживања.....	26
2.2. Циљ истраживања.....	26
2.3. Задаци истраживања.....	26
2.4. Хипотезе истраживања.....	27
III МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА.....	28
3.1. Време и место истраживања.....	29
3.1.2. Календар истраживања.....	29
3.2. Узорак истраживања.....	29
3.3. Варијабле истраживања.....	35
3.4. Поступци и инструменти истраживања.....	35
3.4.1. Поступак истраживања.....	35
3.4.2. Инструменти за прикупљања података.....	35

3.4.2.1. Упитник за процену функцијског стања (HAQ).....	36
3.4.2.2. Упитник о учеићу у друштвеној улози - модификовани (SRPQ).....	38
3.4.2.3. Упитник о квалитету живота код реуматоидног артритиса (RAQoL).....	39
3.4.3. Интерна конзистентност инструмената.....	41
3.5. Тип и методе истраживања.....	41
3.6. Статистичка обрада података.....	42
3.6.1 Нормалност дистрибуције резултата.....	43
IV РЕЗУЛТАТИ.....	45
V ДИСКУСИЈА.....	79
5.1. Социодемографске карактеристике испитаника.....	80
5.1.1. Пол и године испитаника, животна доб.....	80
5.1.2. Активност болести и начин лечења.....	82
5.2. Функционалне карактеристике.....	84
VI ЗАКЉУЧАК.....	100
VII ЛИТЕРАТУРА.....	104
VIII ПРИЛОЗИ.....	124
ПРИЛОГ 1. Додатне табеле.....	125
Биографија.....	137
Изјава о ауторству.....	138
Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада.....	139
Изјава о коришћењу.....	140

УВОД

Од када је Светска здравствена организација 1948. године (World Health Organization, WHO) дефинисала здравље као стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести и слабости (Grad, 2002) квалитет живота и утицај болести на квалитет живота су важне теме за истраживаче у медицинским и друштвеним наукама. Квалитет живота особа оболелих од различитих болести може бити угрожен, а реуматоидни артритис је међу главним стањима која могу утицати на смањење квалитета живота појединца. Имајући у виду да су социјална партиципација и квалитет живота важни за све људе, потребно је да се ови концепти утврде и код особа са инвалидитетом.

Социјална партиципација данас представља један од главних исхода у савременим истраживачким поставкама које се односе на особе са инвалидитетом. Развој овог концепта је био постепен кроз разматрања о инвалидности и настојања да се права грађана са инвалидитетом уваже и омогући њихово равноправно и потпуно учешће у друштву (Hemmingsson & Jonsson, 2005). У ранијим разматрањима о последицама реуматоидног артритиса фокус истраживача је био на утврђивању физичких оштећења која ограничавају активност и функцијску способност или могућност извршавања неке радње. Међутим, ослањајући се на оквире Међународне класификације функционисања, инвалидности и здравља постоји потреба да се процени виши ниво активности или социјалне партиципације. Социјална партиципација се остварује кроз друштвено учешће или социјалне улоге особе са реуматоидним артритисом у суштинским, животним ситуацијама као што су *присутност* у породичном окружењу, на радном месту, факултету или слободном времену са пријатељима. Сазнање да је социјална улога важна за особу са реуматоидним артритисом и податак да постоји ограничење остваривања појединих улога упућује на потребу предузимања акције како би се омогућила потпунија социјална партиципација и тиме побољшао квалитет живота ових особа. Тиме се концепт партиципације поставља као централна конструкција у здравственој заштити, рехабилитацији и окупационој терапији.

Према једном старијем разматрању квалитет живота код реуматоидног артритиса је описан као степен до којег болест омета способност пацијента да испуни своје потребе (De Jong et al., 1997). Овако дефинисан модел се ослањао на поставку Ханта и Меккене (Hunt & McKenna, 1992: 312) по којој „*живот добија свој квалитет из способности и капацитета појединца да задовољи своје потребе*“. Са друге стране квалитет живота се може дефинисати као задовољство *узето* од живота, срећа и начин на који људи перципирају своју ситуацију у систему културе и вредности (Garip et al., 2011). У том смислу постоје многи фактори који утичу на квалитет живота код хроничних стања осим саме болести и њеног лечења. Демографски фактори, депривација, здравствена уверења и пратеће болести могу утицати краткорочно или дугорочно на квалитет живота особе са хроничном болешћу као што је реуматоидни артритис. У оквиру ових фактора, спољни фактори, физички и социјални услови, као и ставови околине, могу имати позитиван или негативан утицај на појединца. Проблем се може сагледати и са другог аспекта – државне управе и обвезника здравствене заштите који имају потребу за квалитетном негом али и реалност финансијских ограничења насупрот очекивањима пацијената. Коначно, постоји становиште да је неповољан утицај на особу са реуматоидним артритисом могућ и због личних фактора, на пример начин живота или утицаји из контекста окружења, услови живота и рада или постојање архитектонских баријера (Cieza & Stucki, 2004). Лични фактори као што су пол, године старости, животне навике, хоби, социјално порекло описују специфичну позадину живота и животне ситуације

појединца док контекстуални фактори употпуњују позадину и дневне ситуације у којима индивидуа живи.

Проблеми које носе хронична стања и болести додају се функционалном паду који је очекиван и увећава се са годинама живота. Почетак болести у средњем животном добу, иреверзибилност оштећења и прогресивност угрожавају социјалну партиципацију и тиме укупан квалитет живота особа које иду ка старијем животном добу. Треба нагласити, да је евидентно да становништво у развијеним земљама стари и да наши савременици модерног, дигитализованог света желе да живе и старе квалитетно. Под тиме се мисли не само на додатне године живота изражене бројем већ потреба и уосталом избор да се преостало време оствари кроз концепт квалитета живота.

Социјална партиципација и квалитет живота представљају комплексне концепте који се могу процењивати кроз више димензија. Примена различитих инструмената процене омогућава увид у више домена живота особе са реуматоидним артритисом као што су физичко функционисање, друштвени живот и функционисање у социјалним улогама, психолошко и емотивно стање, опште здравље и благостање. Оно што је заједничко мерним скалама које се користе у актуелним истраживањима јесте стандардизован приступ процене, кроз перцепцију појединца о сопственом здрављу или концептима који су у сфери нашег интересовања - социјалној партиципацији и квалитету живота.

Од неког облика хроничног инфламаторног артритиса (реуматоидни артритис, анкилозирајући спондилитис, псоријатични артритис) у Републици Србији болује око 70000 одраслих грађана и 2000 деце (Larčević et al., 2018). Озбиљност наведених бројки покреће питање важности социјалне партиципације у остваривању квалитетног живота особа са РА. Учешће са што мање ограничења у непосредном друштвеном окружењу, у школској и радној средини представља изазов за здравствени систем као и за институције у социјалној сфери.

I ТЕОРИЈСКЕ ОСНОВЕ

1.1. Реуматоидни Артритис

1.1.1. Дефиниција реуматоидног артритиса

Артритис представља запаљење или отицање једног или више зглобова и доводи се у везу са више од сто стања која се односе на промене у зглобовима, промене у ткивима која окружују зглоб или везивним ткивима. Бол у зглобовима и укоченост су уобичајени симптоми артритиса, а специфични симптоми зависе од врсте артритиса (Centers for Disease Control and Prevention, 2019).

Реуматоидни артритис (Rheumatoid arthritis) представља најчешћи облик запаљенског реуматизма, хроничну, аутоимуноу, системску болест непознате етиологије. Према поједностављеној класификацији реуматских болести (Pilipović, 2000) реуматоидни артритис припада запаљенским реуматским болестима, групи идиопатских артритиса (поред метаболичких артропатија и инфекцијских артритиса). У подели идиопатских артритиса на примарна зглобна обољења и системске болести везивног ткива, реуматоидни артритис припада примарним зглобним обољењима, поред реуматске грознице, јувенилног идиопатског артритиса и спондилоартропатија.

Реуматоидни артритис (у даљем тексту РА) је хронична инфламаторна болест коју карактерише прогресивно оштећење зглобова и синовијалних омотача уз променљиве екстраартикуларне манифестације (Grassi et al., 1998). РА је аутоимуна системска болест у чијој је основи појава инфламаторног полиартритиса. Карактеристично је да долази до симетричне пролиферације синовије зглобова, праћене осетљивошћу зглобова и то малих зглобова шаке и стопала, као и до појаве јутарње укочености која траје више од сат времена. Присутност RF (*rheumatoid factor, RF*) или RF и АСРА (*anti-citrullinated protein antibodies*) заједно (имуноглобин који везује Fc регион IgG молекула, анти цитрулинирана пептидна антитета) у крви, указује на РА (појављује се код 80% пацијената). Присутност реуматоидних чворића или нодуса на карактеристичним регијама екстремитета (проналазе се код 20% пацијената) такође указује на РА. Наведени знаци симетричне отечености и осетљивости малих зглобова шаке и прстију који трају неколико недеља, јутарња укоченост и позитиван RF или АСРА су дијагностички показатељи РА (Richard & Brasington, 2015).

Амерички колеџ за реуматологију (*American College of Rheumatology, ACR*) и Европска лига за заштиту од реуматских болести (*European League Against Rheumatism, EULAR*) предложили су 2010. године критеријуме који су тренутни стандард за класификацију РА (Схема 1.) (Aletaha et al., 2010). Раније примењивана класификација из 1987. године (*American College of Rheumatology*) развијена је у сврху дефинисања стања пацијената за потребе учешћа у истраживачким студијама о РА, али не и у циљу постављања клиничке дијагнозе. Новијом класификацијом су коригована ограничења раније класификације и обухваћене промене у приступу и разумевању болести. За лечење РА је од пресудног значаја рано откривање и постављање дијагнозе како би се повећала стопа ремисије, успорио и умањио настанак трајних оштећења, а тиме и инвалидитет. Прецизнија класификација из 2010. године омогућава рано дијагностиковање, тако да се уз примену агресивне терапије може зауставити или успорити очекивана прогресија синовитиса и ерозија костију (Makinen et al., 2007). Главне разлике у постављеним критеријумима и уједно већа осетљивост и учинак АCR и EULAR класификације у односу на ону из 1987. године, јесте: присутност активног синовитиса у најмање једном зглобу који се не може објаснити другом дијагнозом, позитиван RF и присуство анти цитрулинираних протеинских антитета (АСРА), абнормални нивои инфламаторних маркера брзине седиментације еритроцита и С -

реактивног протеина (CRP). Новом класификацијом није узета у обзир појава јутарње укочености, присутност реуматоидних чворова и периартикуларна остеопенија на радиографском снимку (Liao & Karlson, 2015).

Схема 1. 2010 ACR/EULAR критеријуми за класификацију реуматоидног артритиса. Амерички колеџ за реуматологију (American College of Rheumatology, ACR), Европска лига за заштиту од реуматских болести (European League Against Rheumatism, EULAR), (Aletaha et al., 2010).

2010 ACR /EULAR критеријуми за класификацију реуматоидног артритиса (РА)	
Циљна популација (они које треба тестирати): Пацијенти	
1. који имају најмање 1 зглоб са дефинитивним клиничким синовитисом (отицање)*	
2. чији се синовитис не може боље објаснити другом болешћу†	
Критеријуми за класификацију за РА (алгоритам заснован на резултату: сабрати резултате из категорија А до Д; скор $\geq 6/10$ је потребан да би се пацијент класификовао са дефинитивним РА).‡	
А. Захваћеност зглобова§	Резултат
1 велики зглоб¶	0
2-10 великих зглобова	1
1-3 мала зглоба (са или без захватања великих зглобова)#	2
4-10 малих зглобова (са или без захватања великих зглобова)	3
>10 зглобова (најмање 1 мали зглоб)**	5
Б. Серолошки резултати (најмање 1 резултат теста је потребан за класификацију)††	
Негативан RF и негативан АСРА	0
Ниско позитиван RF или ниско позитиван АСРА	2
Високо позитиван RF или високо позитиван АСРА	3
Ц. Реактанти акутне фазе (потребан је најмање 1 резултат теста за класификацију)‡‡	
Нормалан CRP и нормална ESR	0
Абнормални CRP или абнормална ESR	1
Д. Трајање симптома§§	
< 6 недеља	0
≥ 6 недеља	1

* Критеријуми су усмерени на класификацију новопријављених пацијената. Поред тога, пацијенти са ерозивном болести типичном за реуматоидни артритис (РА) са историјом која је компатибилна са претходним испуњавањем критеријума из 2010. године, треба класификовати као РА. Пацијенте са дуготрајном болешћу, укључујући оне чија болест је неактивна (са или без лечења) који на основу ретроспективно доступних података су раније испунили критеријуме из 2010. треба класификовати као да имају РА.

† Диференцијалне дијагнозе се разликују међу пацијентима са различитим презентацијама, али могу укључивати таква стања као што су системски еритематозни лупус, псоријатични артритис и гихт. Ако је нејасно која се релевантна диференцијална дијагноза може узети у обзир, потребно је консултовати стручњака реуматолога.

‡ Иако се пацијенти са резултатом $6/10$ не могу класификовати као они који имају РА, њихов статус се може поново проценити, а критеријуми могу бити испуњени кумулативно током времена.

§ Захваћеност зглоба се односи на сваки *отечен или осетљив* зглоб на прегледу, што може бити потврђено сликовним доказом о синовитису. Дистални интерфалангеални зглобови, први карпометакарпални зглобови и први метатарзофалангеални зглобови су *искључени из процене*. Категорије заједничке дистрибуције су класификоване према локацији и броју захваћених зглобова, са сврставањем у највишу могућу категорију на основу обрасца захватања зглобова.

¶ „Велики зглобови“ се односе на рамена, лактове, кукове, колена и глежњеве.

„Мали зглобови“ се односе на метакарпофалангеалне зглобове, проксималне интерфалангеалне зглобове, од другог до петог метатарзофалангеалног зглоба, интерфалангеални зглобови палца и ручни зглобови.

** У овој категорији, најмање 1 од укључених зглобова мора бити мали зглоб; остали зглобови могу укључивати било које комбинација великих и додатних малих зглобова, као и других зглобова који нису посебно наведени на другом месту (нпр. темпоромандибуларни, акромиоклавикуларни, стерноклавикуларни, итд.).

†† Негативно се односи на вредности међународне јединице (international unit, IU) које су мање или једнаке горњој граници нормале (upper limit of normal, ULN) за лабораторију и тест; ниско - позитиван се односи на вредности IU које су веће од ULN, али мање од или једнаке три пута ULN за лабораторију и тест; високо - позитивно односи се на IU вредности које су 3 пута веће од ULN за лабораторију и тест. Када је RF (реума фактор) доступан само као позитиван или негативан, позитиван резултат треба оценити као „ниско позитиван“. АСРА = анти - цитрулинирано протеинско антитело.

‡‡ Нормално/абнормално је одређено локалним лабораторијским стандардима. CRP = C - реактивни протеин; ESR = вредност седиментације еритроцита (elevated erythrocyte sedimentation rate).

§§ Трајање симптома се односи на самопроцену пацијента о трајању знакова или симптома синовитиса (нпр. бол, оток, осетљивост) зглобова који су клинички захваћени у време процене, без обзира на статуса лечења.

1.1.2. Епидемиологија

Како у литератури старијег тако и новијег датума проналазимо да се болест РА код највећег броја пацијената јавља између четврте и шесте деценије живота, као и да може настати у било ком узрасту, где жене у генеративном периоду обољевају два до три пута чешће (Allen et al., 2018; Petrović, 2006). Код жена почетак болести може бити између 31-35 године живота или у просеку са 46 година живота, за разлику од мушке популације где образац појаве болести није исти. Исто тако, разлика је и у средњем времену трајање болести пре постављања дијагнозе које је краће код мушкараца ($5,5 \pm 5,2$ година) у односу на жене ($8,8 \pm 8,9$ година) (Belghomari et al., 1999 према Soroosh et al., 2005; Weyand et al., 1998) .

Генерална карактеристика РА је да се чешће јавља код жена у односу на мушку популацију у односу 2:1 (Kremers & Gabriel, 2004; Symmons et al., 1994, 2002) и овај однос се смањује са старосћу на 1,2:1 (Silman, 2001). Према Вујасиновић-Ступар (Vujasinović-Stupar, 2000) жене обољевају у просеку два до три пута чешће од мушкараца, најчешће између четврте и шесте деценије, што је у сагласју са наводима Златковић-Швенде о појави РА између 35-50 године старости као и да инциденца расте са старењем али да се може јавити и код још старијих особа (Zlatković-Švenda, 2014). У новијим студијама овај однос је 3:1 (Favalli et al., 2019; Kaas & Tothova, 2017) док се инциденца појаве РА код жена повећава последњих деценија (Shin et al., 2021).

Разлике у полу имају утицаја на аутоимуноу дисфункцију, али и различите приступе и исходе у рехабилитацији и ограничењу морбидитета ове хроничне болести. Улога пола у односу на патофизиологију, клиничке манифестације РА као и на исходе болести је предмет интересовања научника који желе да разјасне утицај полних разлика на лечење и рехабилитацију, као и на психолошко и културолошко понашање особа са РА (Favalli et al., 2019; Shin et al., 2021).

Европска заједница и Европска лига за заштиту од реуматских болести (*European Union, EU; EULAR*) су покренули пројекат иницијативу „Европска мрежа за надзор и информисање о мишићно-скелетним стањима“ (*European Musculoskeletal Conditions Surveillance and Information Network*) са циљем подизања квалитета и уједначавања стандарда неге и лечења, тако и у циљу усаглашавања информација о здрављу, социјалној заштити, запошљавању и економском утицају реуматских болести и других мишићно скелетних стања у државама чланицама Европе. Представља један од највећих финансираних пројеката у вези са јавним здрављем који окупља 22 организације у 17 земаља чланица EU. Према овој иницијативи процењује се да је учесталост РА између 20 и 50 оболелих на 100.000 становника у европским земљама. У пројекту се истиче да постоје разлике у инциденцији и

преваленцији РА између различитих популација и унутар самих земаља (регија централне, источне Европе и медитеранске земље) и да се те варијације могу објаснити утицајем више фактора као што су климатски и утицаји из животне средине, генетски фактори, бихејвиорални и други.

У Европи је регистровано више од 2,3 милиона особа са РА према подацима појединих студија (Lundkvist et al., 2008). Наводи се и податак да се болест се може утврдити у 1% у западној популацији, са карактеристичним почетком у четвртој и петој деценији живота (Favalli et al., 2019). Према новијим подацима на светском нивоу преваленца износи око 5 оболелих на 1000 одраслих (Aletaha & Smolen, 2018), док у више студија проналазимо да преваленца РА у развијеним земљама износи између 0,5 и 1% у одраслој популацији (Frazzei et al., 2022; Wilburn et al., 2015). Занимљиво је да на подручју САД - а приближно 1% становништва болује од РА (Xavier et al., 2019) док у популацији особа млађих од 25 година старости годишња преваленца износи 1,3% (*National Health Interview Survey, US*, према Lawrence et al., 1998) као и податак да 400.000 деце, адолесцената и младих пати од артритиса.

Златковић-Швенда са сарадницима (Zlatković-Švenda et al., 2014) је сакупила податке за нашу средину према методологији и дизајну утврђивања преваленце Европске лиге за заштиту од реуматских болести (EULAR) и у односу на популацију Француске као референтне за поређење. Према овој студији, у односу на пол и старост стандардизована преваленца РА у Србији износи 0,34% за целокупну популацију, односно 0,17% за мушкарце и 0,49% за жене (3:1) и највиша је у узрасној групи од 65-74 година (0,88% у мушкој, 1,46% у женској популацији). У односу на стандардну популацију централне Србије, према старости и полу, стандардизована преваленца РА за целокупну популацију централне Србије старију од 18 година, преваленца износи 0,35%, тачније 0,16% за мушкарце и 0,51% за жене. Што се тиче географског подручја централне Србије, стандардизована преваленца РА у Београду (у односу на стандардну популацију централне Србије) износи 0,30% и нижа је него стандардизована преваленца РА у јужним градовима централне Србије, Чачку, Ужицу и Крушевцу и износи 0,42% (Zlatković-Švenda et al., 2014).

1.1.3. Етиологија

Конкретан узрок настанка РА је непознат. Болест настаје услед истовременог утицаја генетских фактора ризика, спољашњих утицаја и случајних соматских промена у мускулоскелетном и имуном систему које настају старењем (Vujsinović-Stupar, 2000). У етиологији и патогенези РА поред непознатог узрока настанка болести наводе се карактеристике настанка аутоимуне болести. Садејство могућих покретача болести из *спољашње средине* као што су микроорганизми и вируси (Epstein-Barrov вирус, тип 1 хуманог Т- хелијског лимфотропног вируса и други ретровируси, Rubella вирус, Cytomegalo вирус и др.), бактерије (микобактерије, цревни микроорганизми) и микоплазме, у комбинацији са унутрашњим факторима тачније постојање генетске предиспозиције (око 10% болесника има блиске сроднике оболеле од РА) уз ендокрине, метаболичке, биохемијске процесе доводи до поремећаја имуног одговора и усмеравања антигена ка сопственом ткиву. Поремећени аутоимуну одговор доводи до одржавања запаљенског процеса у синовији зглобова и синтезе реуматоидних фактора што представља карактеристична обележја болести (Petrović, 2006).

Претпоставља се да је у основи ове запаљенске аутоимуне болести абнормални одговор антитела и Т-ћелија на ауто-антиген што узрокује запаљенски процес у синовијалним ћелијама које облажу зглобну капсулу што покреће читав низ даљих догађања (Guo et al., 2018).

1.1.4. Клиничка слика реуматоидног артритиса

У клиничкој слици РА описује се постепен, током неколико недеља, ређе акутни (10%) почетак болести. Карактеристична је појава општих симптома као што су малаксалост, замор, губитак апетита и телесне тежине, могућа је и појава субфебрилне телесне температуре. Постепеност је карактеристична и за промене на зглобовима, где су прво захваћени мали метакарпофалангеални, проксимални интерфалангеални и мали зглобови ручја (Petrović, 2006). Уобичајени симптоми у клиничкој слици РА су отицање зглобова, болови, укоченост зглобова и смањена амплитуда покрета. Наведени симптоми могу варирати од блаже до тешке клиничке слике, где пацијенти са тешком клиничком сликом имају хроничне болове и трајна оштећења зглобова што последично може угрожавати њихов квалитет живота (Arthritis Foundation, 2019).

У клиничкој слици као типична појединачна одлика РА описује се појава полиартикуларног синовитиса који симетрично захвата периферне мале зглобове шаке и стопала, при чему су дистални интерфалангеални зглобови поштеђени. Синовитисом могу бити захваћени зглобови ручја, лакта, рамена, колена као и цервикалне кичме. Услед запаљења синовије и повећане производње синовијалне течности долази до отицања зглобова, црвенила и болова, а пролонгирано трајање оваквог стања, даље оштећује околне структуре зглоба: капсулу зглоба и околне лигаменте, тетиве и овојнице тетива околних мишића. Наведене промене повећавају склоност ка развоју контрактура и поремећаја функције зглобова већ у раној фази. Генерално, у клиничкој слици РА описује се бол, смањен обим покрета у зглобовима, смањена мишићна снага и стисак шаке, укоченост различитог интензитета, замор и смањена општа функционалност особе. У крајњој фази болести инфламаторни процес разара хрскавицу и долази до ерозије делова костију које улазе у зглоб. Последице ових разарајућих процеса су појава карактеристичних деформитета који доводе до смањења или потпуног губитка функције захваћених сегмената и екстремитета. Честе су сублуксације синовијалних зглобова и деформитети специфичних назива који описују изглед измењеног зглоба, као што су *лабудов врат*, *рупица за дугмад*, улнарна девијација у интерфалангеалним и метакарпофалангеалним зглобовима, честа „Z“ деформација палца. Због артритиса на цервикалном делу кичменог стуба могу настати сублуксације атланта – аксијалних и атланта – окципиталних зглобова вратне кичме и услед тога могућа је компресија на кичмену мождину или нервне коренове са озбиљним последицама. Описане промене се дешавају током неколико месеци или година, смењујући се кроз фазе егзацербације и ремисије (O'Brien & Vackaman, 2010).

У опису карактеристика клиничке слике проналазе се разлике између полова. Карактеристичне промене на цервикалној кичми и великим зглобовима присутније су код пацијената мушког пола, као и екстраартикуларне промене у виду реуматоидних чворића, затим промене на плућима, васкулитис и перикардитис. Појава ерозија зглобних површина код раног РА (у временском периоду до две године од постављања дијагнозе РА) чешћа је код мушкараца (26%) у односу на жене (14%) (Da Silva & Hall, 1992), док су генерално деструктивне промене на зглобовима мање заступљене код мушкараца. Карактеристичне

промене изазване РА на малим периферним зглобовима, захтевају хируршку интервенцију чешће код жена (Soroosh et al., 2005).

1.1.5. Системске појаве у реуматоидном артритису

Поред артрогених и коштаних структура, запаљенским процесом могу бити захваћени и други системи и ткива као што су мали крвни судови (васкулитис), очи (склеритис, увеитис), кожа и поткожно ткиво у виду фиброзових промена и појаве карактеристичних реуматоидних *нодулуса* изнад коштаних проминенција и екстензорних површина лакта. Инфламаторним процесом може бити захваћено срце (миокардитис, перикардитис), плућа (плеуритис), бубрези, а могуће су и периферне неуропатије (Smolen et al., 2018). Ванзглобне, системске манифестације јављају се код 25-30% пацијената и то претежно серопозитивних (RF+), дијагностикују се код тежих облика болести и указују на лошију прогнозу болести. Системске појаве су бројне, од оних које су интегрални део реуматоидног процеса (плеуритис, перикардитис или грануломске лезије, чворићи), настанка анемије услед системског запаљенског процеса, појаве удружених синдрома (Sicca-Sjögrenov синдром), као и компликација РА које су у вези са структурним оштећењима и иинсуфицијенцијом функције појединих органа, до настанка компликација узрокованих применом лекова (Petrović, 2006). Многобројност системских појава и специфична захваћеност органа убраја РА у категорију системских болести и тиме повећава озбиљност и деструктивност последица по цео организам и живот особе са РА. Мултисистемска оштећења, дуготрајност и хроничност симптома као значајне карактеристике РА сврставају ову болест у водеће узрочнике инвалидности (Song et al., 2006).

Услед физичких оштећења и услед тога смањене функције, пацијенати са РА имају нижи квалитет живота који се може упоредити са ниским вредностима утврђеним код мултипле склерозе или хроничних исхемичних болести срца (Lundkvist et al., 2008). У прилог томе говори податак да тежак облик или нелечени РА скраћује очекивани животни век за шест до десет година (Olejarova, 2008), што се може упоредити са последицама дијабетеса, можданог удара или коронарних болести срца. Утврђено је да је животни век пацијената са РА краћи у односу на просек популације. Исто тако, утврђено је да је животни век ових особа у односу на пол, краћи код мушкараца за седам година и код жена за три године у односу на општу популацију (Tengstrand et al., 2004). Према појединим старијим подацима морбидитет и морталитет код РА су већи код жена у односу на мушкарце (Da Silva & Hall, 1992). Хроничност симптома услед којих је кретање отежано или онемогућено доводе до оштећења кардиоваскуларног система, а примена нестероидних и антиинфламаторних лекова води ка гастроинтестиналним проблемима. Скраћење животног века је вероватно последица пратећих истовремених коморбидитета, као што су кардиоваскуларне, респираторне и гастроинтестиналне компликације (Kremers & Gabriel, 2004).

1.1.6. Лечење реуматоидног артритиса

У терапији РА постоји неколико полазних основа које директно утичу на исходе лечења. Пре свега, примењују се стандардна фармаколошка терапија као и рехабилитациони поступци који могу контролисати болест, али не могу довести до њеног излечења. Ове особе се свакодневно суочавају са хроничним болом као главним симптомом болести. Бол представља проблем за пацијенте и крајњу негативну последицу РА, тако да је контрола бола примарни циљ и знак успешности терапије (Scott et al., 2005, према Šimpraga & Zlatković-Švenda, 2020). У оквиру терапије и ублажавања бола примењују се аналгетици,

антиинфламаторни лекови, антиреуматски лекови који модификују болест и биолошки лекови. Изгледа да је оптимална примена имunosупресивног метотрексата (*methotrexate*) једна од главних одредница у такозваном управљању болешћу. Друго, развој и примена поузданих инструмената процене у раној фази, постављање дијагнозе и брзо започињање ефикасне терапије су постали приоритет у терапији (Smolen et al., 2018). Значајно је да поступци ране интервенције смањују утицај хроничне инфламације и олакшавају постизање клиничке ремисије, иако је стопа ремисије и даље субоптимална, а радиографска прогресија се јавља код око половине болесника са РА (Giacomelli et al., 2015). У оквиру рехабилитације показало се да апликација агенаса физикалне терапије као и поступака окупационе терапије (дозиране вежбе, ортозе, апликација сплинта, израда помагала) има за циљ смањење бола и побољшање покретљивости, где рано постављање дијагнозе даје веће могућности у одабиру и дозирању терапијских поступака (Park & Chang, 2016). Физиотерапија подразумева и дозирану примену покрета кроз индивидуално осмишљене програме вежби. Дозираним пасивним и активним покретом, изометријским вежбама и вежбама истезања побољшава се амплитуда покрета и стабилност зглобова оштећених упалним процесом, затим снага мишића, а смањује јутарња укоченост и спазам мускулатуре (Hazes & Van den Ende, 1996). Примарни циљ физиотерапије код пацијената у активној фази болести јесте превенција настанка контрактура и атрофије мишића. Одржавање аеробног и функционалног капацитета у односу на хроничност и прогресивност болести, дугорочно утиче на квалитет живота пацијената са реуматоидним артритисом (O'Brien & Backman, 2010).

Развој нових лекова за лечење РА довео је до значајних промена у терапијском приступу клиничара према болести и то нарочито у третирању запаљенских стања где постоји више фактора који могу утицати на исход у односу на апликовану терапију. Према савременим клиничарима најбољи избор у лечењу РА јесте стратегија „*treat to target*” или „лечење према задатом циљу“ где је крајњи исход и циљ лечења клиничка ремисија (Chavez-Alvarez et al., 2020).

Рано постављање дијагнозе и примена модификованих антиреуматских лекова (Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs, DMARD) представља базну стратегију у лечењу РА. Примена DMARD лекова смањује активност болести и уједно обим очекиваних оштећења чиме се директно одлаже појава инвалидности (Ahlstrand et al., 2012).

Карактеристично је да су се у терапијским протоколима лечења РА догодиле огромне промене током последњих 30 година (Smolen et al., 2020). Рано постављање дијагнозе, терапијски приступ „лечење према задатом циљу“ (*Treat to target*, енг.) и примена биолошке терапије јесу актуелне препоруке у терапији РА. Применом биолошке терапије утиче се на ток и прогнозу болести и повећава број пацијената код којих се постиже терапијски циљ, тачније постиже се ниска активност болести или ремисија, као и заустављање или успоравање радиолошке прогресије болести (Stojanović, 2018). Увођење нових протокола утиче на свакодневне активности и учешћа као што је скраћено одсуство са радног места (Vjörk et al., 2009). Лечење према задатом циљу или „третирај до циља“ даје значајније резултате у односу на стандардну негу и према томе представља водећи принцип у лечењу РА. ACR и EULAR су развили нове критеријуме за класификацију РА и праћење тока болести. Примена стратешких алгоритама који циљају оптимални исход и ремисију која се може постићи код значајног броја пацијената представља водећу стратегију у лечењу (Smolen et al., 2020). Обухвата следеће елементе: избор циља и метода мерења исхода, процена циља у унапред одређеном временском тренутку, промена терапије ако циљ није постигнут, заједничко доношење одлука (Van Vollenhoven, 2019). Нове стратегије у контроли

болести ради побољшања исхода довеле су до смањења примене симптоматских лекова и примене болест модификујућих лекова као приоритетних.

Контрола симптома, нормализација или барем значајније побољшање физичких оштећења, побољшање квалитета живота као и социјалног и радног капацитета јесу неки од најважнијих исхода примене DMARD терапије, али оно што је разликује од исхода симптоматских лекова јесте инхибиција структурних оштећења хрскавице и костију и избегавање функционалних сметњи (Smolen et al., 2020).

Тренутне стратегије у лечењу подразумевају рано упућивање и постављање дијагнозе уз започињање терапије. Савремени приступ у лечењу РА биолошким агенсима и терапијом има за циљ ремисију или постизање ниске активности болести. Овакав приступ зауставља прогресију болести, међутим дуготрајна употреба лекова може бити повезана са штетним нежељеним ефектима и последицама, укључујући гастроинтестиналне проблеме, оштећења бубрега, јетре или развој карцинома (Wolfe & Michaud, 2007). Исто тако, поред нежељених ефеката који су у вези са дозирањем као што су инфекције значајан је и проблем високе цене биолошких лекова и тиме ограничења у смислу шире примене и доступности за све пацијенте са РА (Stojanović, 2018). Примена савремене терапије биолошким агенсима мења досадашњу очекивану клиничку слику болести, спречава напредовање болести кроз оштећење зглобова, оптимизујући услове за физичко функционисање и учешће особе у радним условима и друштву. Поставља се питање утицаја ових лекова на свакодневне захтеве и активности појединца у вези породице, посла и друштва.

И поред примене лекова и других терапијских поступака значајан број пацијената и даље има симптоме бола, замора или психолошког дистреса. У студијама се могу наћи и наводи других интервенција, попут бихејвиоралног саветовања или едукације о болести. Пацијенти су у прилици да добију ближа сазнања о својој болести, очекиваним симптомима и могућим компликацијама које су у вези са РА. Имајући увид и знања о РА пацијенти се боље и самосталније носе са својим стањем у свакодневним ситуацијама у кућном или радном окружењу и могу бити активни учесници у оквиру клиничког лечења болести (Naqvi et al., 2020). Психолошке интервенције и технике као што су: мотивациони интервју, когнитивна бихејвиорална терапија, подржавајуће саветовање (*supportive counselling*), психотерапија, *mindfulness-based cognitive therapy*, технике саморегулације и друге представљају важну опцију додатног лечења РА. Изгледа да ефекти ових додатних терапија у случају РА нису довољно испитани и резултати истраживања су често у сукобу, али оно што је познато јесте да психолошке интервенције имају мале, али мерљиве ефекте код РА и да побољшавају самоефикасност и сналажење пацијента у ситуацијама насталим због болести. Резултати метаанализе (Prothero et al., 2018) прегледних студија о ефекту психолошких интервенција код одраслих особа са РА показују да наведене интервенције могу утицати на смањење депресије код пацијената са РА, да су ефекти на специфичне исходе болести скромни и нису одрживи (функционална оштећења, бол, замор), док су ефекти на секундарне исходе (самоефикасност, физичка активност) значајни и могу се одржати. Према налазима аутора прегледани радови нису укључивали квалитет живота као један од исхода предузетих терапијских поступака, што свакако треба узети у обзир имајући у виду повезаност квалитета живота и промена у активности болести.

Пацијенти који болују од хроничних болести често траже помоћ ван конвенционалних метода лечења, међутим подаци који говоре о томе нису потпуни и зависе од конкретног узорка и дефинисања комплементарних и алтернативних поступака. РА поред хипертензије, хроничне срчане инсуфицијенције, дијабетеса, хроничних опструктивних болести плућа,

хроничних бубрежних обољења, мигрене представља једну од хроничних болести карактеристичних за данашње доба и окружење где је могућа примена ових метода (Mollaoglu & Aciyurt, 2013). Комплементарне методе се користе као допуна методама конвенционалне медицине јер није са сигурношћу доказана њихова делотворност као самосталних метода, док се алтернативне методе користе уместо интервенција конвенционалне медицине. Неке од методе које се уобичајено користе код РА су акупунктура, коришћење дијететских и нутритивних суплемената, биљни лекови, кiroprактика, остеопатска и мануелна терапија, масажа, балнеотерапија, хомеопатија, медитивна и терапија покретом (tai chi, qi gong, yoga) (Ng & Azizudin, 2020).

Услед немогућности да се превенира настанак или излечење болести, фокус свих наведених поступака је смањење утицаја РА на живот пацијената са циљем да се смањи и одложи настанак инвалидитета и побољша укупни квалитет живота. Из сегмената који чине квалитет живота развијају се формалне методе којима се може мерити утицај болести на живот пацијената као и процена могућности особе са РА да обавља и партиципира у свакодневним животним ситуацијама.

1.2. Социјална партиципација код особа са реуматоидним артритисом

У опису термина социјалне партиципације проналазимо већи број конструката као и дефиниција које објашњавају партиципацију. Друштвена интеграција, друштвена интеракција, асимилација или друштвена „нормализација“, социјално учешће, укљученост или ограничења су термини који говоре о комплексности концепта партиципације и могућих варијација њене манифестације у односу на различитост групе код које се испитује, животне доби испитаника, културолошких особина, физичког стања и срединских обележја испитиване групе (Dijkers, 2010).

Према Хемингсону и Јонсону (Hemmingsson & Jonsson, 2005) појам партиципације се развијао кроз литературу о инвалидности и из покрета који је настојао да се права грађана са инвалидитетом уваже, као и да се призна њихово право да у потпуности учествују у друштву. Према истим ауторима концепт партиципације се поставља као централна конструкција у здравственој заштити, рехабилитацији и окупационој терапији. Бити део нечега са неким можда најједноставније описује социјалну партиципацију у области инвалидности.

Концепт партиципације има важно место у документу (књига) Светске здравствене организације из 2001. године, Међународној класификацији функционалности, инвалидности и здравља (у даљем тексту МКФ) (*International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF; World Health Organization, 2001*). Међународном класификацијом функционисања, инвалидности и здравља су обухваћени и приказани сви аспекти људског здравља, релевантне компоненте и подручја људске делатности у вези са здрављем. У политици планирања здравствене и социјалне заштите МКФ представља концептуалну основу за мерење и дефинисање здравља и инвалидности. Специфичност ове класификације је њена универзална примена и стандардни језик у опису оквира здравља и класификацији компонената здравља. Важно је да класификација пружа основу за истоветан увид у здравље у различитим земљама света, културама и различитим научним дисциплинама и структурама, кроз процену функционисања и активности, кроз процену фактора у окружењу који омогућавају или отежавају потпуну партиципацију у друштву.

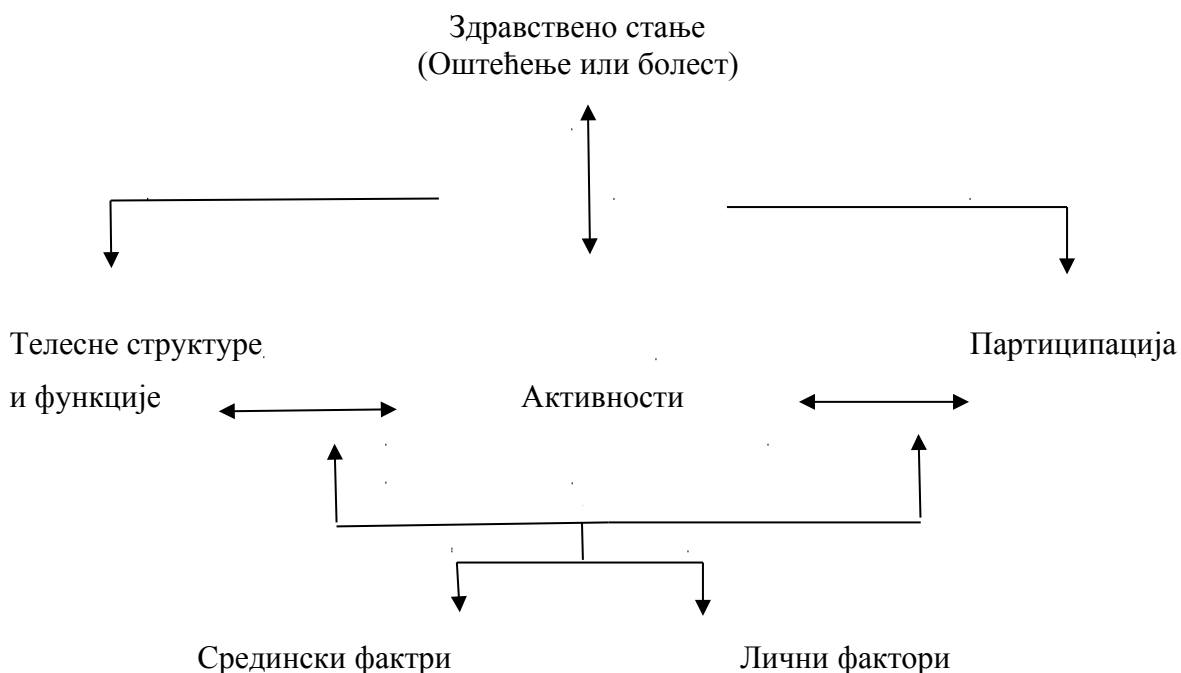


Схема 2. Актуелни оквир функционалности и инвалидности према Међународној класификацији функционалности, инвалидности и здравља, Светске здравствене организације (*International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF; World Health Organization, 2001*) (Cieza & Stucki, 2004).

Приказана *Схема 2.* описује функционалност и инвалидност као мултидимензионалне концепте, где активности и партиципација заузимају централну позицију и могу бити у интеракцији са телесним структурама и функцијама, срединским факторима и личним факторима.

Према МКФ здравље и подручја у вези са здрављем се посматрају у два правца или дела: *функционисање и неспособност (инвалидност)* и *контекстуални фактори*, где први део, обухвата компоненте *телесних структура и функција, активности и учешће*, а други део (контекстуални фактори) обухвата *срединске и персоналне факторе* (*Схема 2.*). За потребе класификације активности и партиципација се посматрају у комбинацији (Vickenbach et al., 1999; Hemmingsson & Jonsson, 2005). Средински фактори ближе описују начин живота појединца (индивидуални живот) у непосредном окружењу породице, радног места, школе или у формалним и неформалним друштвеним структурама (друштвени живот). Компонента персоналних фактора односи се на пол, расу, старост, навике, социјално порекло, занимање и друге особине које нису део здравственог стања појединца (WHO, 2001; Radulović, 2013).

Према МКФ *активност* представља извршење задатка или радње од стране појединца док се *партиципација* дефинише као учешће особе у животним ситуацијама, описује се као ангажовање у животним улогама, попут запослења, образовања или интерперсоналним односима. Ова дефиниција указује на начин на који је појединац укључен у друштвене односе, примера ради, учешће у процесу образовања, дружењу и интеракцији са другим људима, слободном времену, хобију и спорту, тачније какав је значај тих активности за појединца као и задовољство временом проведеним у некој активности или учешћем у „*улози*“. Под улогом се подразумева, на пример улога родитеља и комуникација у оквиру породице, улога запосленог или студента, формални односи и комуникација у друштву или према личним афинитетима у оквиру слободног времена, учешће у заједници и пружање помоћи другим људима (Gignac et al., 2008; McKenna et al., 2004).

Социјална партиципација је дефинисана социјалним *улогама* појединца. Значи не радњом или задатком који треба извести као део активности и представља одраз могућности, срединских услова и личних особина појединца. У том смислу, приликом утврђивања социјалне партиципације, процењује се да ли особа може да буде у тој улози на начин који жели и колико жели, као и колика је важност учешћа у улози за појединца, а не да ли је обављена или извршена активност коју носи та улога (Gignac et al., 2008; Davis et al., 2009). Имајући наведено објашњење у виду Жињак са сарадницима (Gignac et al., 2008) предлаже да приликом процене социјалне партиципације у обзир треба узети личне склоности као и важност коју појединац придаје одређеној улози, затим начин и време које особа жели да проведе у улози. Учесће и присутност у породичном окружењу, школи или послу је различита за сваког појединца.

Ограничења у активности и партиципацији у вези су са потешкоћама појединца приликом извршавања конкретних задатака, послова као и учешћа у друштвеним улогама. Неки од многобројних фактора из окружења који могу утицати на активности и социјалну партиципацију у смислу баријера или подршке су примена технологије, подршка окружења и

заједнице, пружање додатних услуга, социјална политика, веровања или ставови и друго (Centers for Disease Control and Prevention, 2019; WHO, 2001).

У делу МКФ говори се о инвалидности и биопсихосоцијалном приступу, тачније интеракцији психосоцијалних аспеката појединца и болести, а не само кроз утицај болести. За разлику од раније заступљеног медицинског модела који се базирао на самој болести и њеним симптомима, биопсихосоцијални модел представља интеракцију биолошких, психолошких, утицај социолошких и срединских фактора на функционисање појединца. Следствено томе интерес појединца се посматра кроз укљученост и учешће у процесима или активности, а не искључиво кроз ограничења услед хендикепа. Пажња се усмерава на могућности и потенцијале, а не на оштећења узрокована стањем или болешћу.

Функционисање је крвни термин који обухвата телесне функције и структуре, активности и учешћа и указује на позитивне аспекте интеракције између појединца одређеног здравственог стања и контекстуалних фактора. Насупрот томе, инвалидност је крвни термин који означава оштећења на телесном нивоу, ограничења активности и партиципације. Следи да инвалидност обухвата негативне аспекте интеракције између појединца одређеног здравственог стања и контекстуалних фактора (Cieza & Stucki, 2004). Неспособност или инвалидност (*disability*, енг.) се односи на било које стање тела или ума које отежава особи да обавља одређене активности (ограничење активности) или да комуницира са светом око себе (ограничење партиципације). Поред оштећења која се односе на телесна, анатомска оштећења, оштећења у области памћења, учења или менталног здравља особа може имати сметње у учешћу у друштвеним односима. Према томе термин оштећење (*impairment*, енг.) се користи у случају физичког или менталног ограничења, а термин инвалидност када се оштећење доводи у везу са ограничењима у партиципацији (Jespersen et al., 2019).

Из наведеног произилази да инвалидност обухвата три димензије: 1. *Оштећење* телесне структуре и функције или менталне функције (губитак екстремитета, вида или памћења) 2. *Ограничење активности*, потешкоће приликом извршавања задатака или акције, у односу на претходно наведене структуре и функције, то могу бити потешкоће са видом, слухом, ходом или решавањем проблема. 3. *Ограничење партиципације*, проблем који појединац доживљава приликом укључивања у свакодневне животне ситуације, на радном месту, у слободном времену и дружењу, коришћењу здравствене заштите (Centers for Disease Control and Prevention, 2019; WHO, 2001).

У групи мускулоскелетних болести утицај РА се може посматрати кроз три области које нису идентичне са компонентама МКФ али су уско повезане (Scott et al., 2005). Прва област је у вези са димензијом телесних функција и структура према МКФ и односи се на физичке последице артритиса на појединца из његове личне перспективе и перспективе клиничара. У случају артритиса то су симптоми хроничног бола, замора, депресије, затим ретке ремисије, активност болести и радиографска прогресија у раној фази болести. Друга област утицаја РА обухвата функционалне последице артритиса тачније настанак инвалидитета и у односу на МКФ то би била димензија активности. Трећа област представља утицај РА не само на индивидуалном нивоу већ на целокупно социјално окружење, породицу и пријатеље, даље, на укупне трошкове болести тачније медицинске и друштвене такозване „индиректне трошкове“. У МКФ ова последица РА припада димензији партиципације, а у обзир се узимају и контекстуални фактори. Што се тиче овог дела димензије партиципације трошкови РА су значајни, а последице радне инвалидности носе сами пацијенти, породица, пријатељи и послодавци, генерално посматрано друштво у целини. Поједина истраживања

показују да пацијенти са РА из сиромашнијих средина имају лошији физички и психосоцијални здравствени статус као и да како болест напредује, укупни трошкови расту док квалитет живота опада (Brekke et al., 1999; Kobelt et al., 2002). Губитак запослења и неопходна помоћ у кући представљају најмање половину свих трошкова РА. Поред осталог, финансијски трошкови услед РА су значајни и обухватају медицинске трошкове лечења и примену лекова, немедицинске трошкове због неопходних адаптације у кућним условима као и потребе транспорта. Ови налази упућују на значај ране интервенције у циљу смањења негативног економског и социјалног утицаја РА.

1.3. Квалитет живота код особа са реуматоидним артритисом

Квалитет живота представља широк концепт који обухвата физичко здравље појединца, његов психолошки статус, материјалну независност, социјалне односе и однос према значајним карактеристикама спољашње средине. Прве студије које су се бавиле квалитетом живота појавиле су се тридесетих година двадесетог века, али се веће интересовање за овим концептом јавило шездесетих година прошлог века као последица дешавања из послератног периода и потребе за побољшањем животних услова и истраживањем концепта модерног друштва. Пигу (Pigou, 1920) економиста и професор економије је 1920. године први пут употребио термин *квалитет живота* у књизи која је имала запажен утицај "Економика благостања" (*The Economics of Welfare*, енг.) (Трговчевић et al., 2011). Од тада се ова област налази у фокусу интересовања стручњака из области медицине, психологије, социологије, економије и свих оних који се баве проучавањем различитих аспеката живота, здравља и болести човека.

Многобројни приступи у дефинисању овог концепта последица су интересовања истраживача из широког дијапозона области њиховог интересовања као и услед различитости постављених циљева истраживања. Поједини аутори, Кејт (Keith, 2001) и Шушњевић (Šušnjević, 2015), сматрају да се истраживачи у свом раду опредељују за различите аспекте и димензије квалитета живота избегавајући јасно дефинисање овог концепта, сматрајући да је то скоро немогуће.

Здравље је само један од чинилаца квалитета живота. Постоје и други чиниоци који имају утицај на квалитет живота појединца и који нису у области интересовања медицине као што су образовање, култура, религија или материјално стање (Chen et al., 2005). Тако квалитет живота повезан са здрављем обухвата само оне чиниоце који су део здравља појединца и представља субјективну процену здравственог стања, као и способност особе да води живот који је испуњава (Schipper, 1996). На ширем плану, поред испитивања биолошких и клиничких карактеристика мерењем квалитета живота утврђује се успешност предузетих интервенција и терапија генерално на здравље и благостање особе која се рехабилитује (Verdugo et al., 2005).

Бројне су дефиниције квалитета живота. У литератури се могу пронаћи поставке које описују квалитет живота кроз генералне дефиниције. Поједини аутори описују квалитет живота као све оно што живот чини вредним живљења (Last & Radovanović, 2001 према Rančić et al., 2011) или степен онога што живот чини добрим (Brajša-Žganec & Kaliterna Lipovča, 2006). Радовановић (Radovanović, 2005), према Ранчићевој са сарадницима (Rančić et al., 2011), даје квантитативни „призвук“ мерењу овог концепта и посматра квалитет живота кроз процену трајања преосталог живота лишеног оштећења, неспособности и инвалидности.

Често навођена дефиниција Светске здравствене организације (WHO, 2001) јесте да је квалитет живота стање комплетног физичког, менталног и социјалног благостања. Квалитет живота се објашњава као мултидимензионални концепт који укључује физичке и психосоцијалне аспекте, обухватајући физичко и психичко стање, социјално функционисање, самосталност, финансије, породично функционисање, емоционално стање. WHO квалитет живота дефинише као перцепцију појединца о сопственом начину живота у контексту културе и вредносног система у коме особа живи, а у односу на сопствене циљеве, очекивања, стандарде и интересе. У наведеној конструкцији важна је субјективна процена која произилази из културног, социјалног и срединског окружења. Светска здравствена организација у широком и сложенем концепту квалитета живота издваја шест домена: физичко и психичко здравље, ниво независности, друштвене односе, окружење и духовност,

религија и лична уверења (*World report on disability*, WHO, 2011) (Bickenbach, 2011; W Group, 1995).

Овде је потребно напоменути да се често мешају термини квалитета живота (укупног) и квалитета живота у вези са здрављем. Појам квалитета живота у вези са здрављем или условљен здравственим стањем (*Health Related Quality of Life, HRQoL*) се односи на процену физичког, емоционалног и општег стања појединца у зависности од обољења или у односу на лечење. Тачније, здравствени квалитет живота је само једна компонента укупног квалитета живота која детаљније информише о последицама одређеног стања здравља или болести на опште благостање појединца. Овде се враћамо становишту да процена квалитета живота подразумева квалитет целокупног живота особе, а да поједине димензије укупно посматрано морају чинити целину (Hagerty et al., 2001 према Jovanović, 2014). Тако се испитаник, у овом случају пацијент посматра као комплетна особа, а концепт квалитета живота сматра идеалом модерне медицине са аспекта биопсихосоцијалног становишта јер омогућава и етички напредак у методама клиничке евалуације сматра Јовановић (Jovanović, 2014) узимајући у обзир претходне резултате студија Хагертија (Hagerty et al., 2001) и Стјуарта (Stewart et al., 2001).

Може се рећи да квалитет живота не значи само одсуство болести и добро физичко стање, већ и присуство добрих психосоцијалних аспеката живота (Fagerlind et al., 2010). Уосталом, у времену када се животни век продужио, савремено друштво препознаје успешно старење које укључује здравље и квалитет живота, а не само дуговечност. У прилог томе проналазимо да старија популација већу важност придаје одржању здравља и активног стила живота наспрам дужег трајања животног века, наши савременици настоје да живот додају годинама (Doney & Packer, 2008; Jovanović, 2014).

Исто тако, постоје сличности и разлике између квалитета живота и термина удобност (*comfort*) и благостање (*well-being*). Наведени концепти се користе у студијама о здрављу, праву, економији и животној средини. Нарочито су термини благостања и удобности семантички слични и често се благостање користи као синоним за концепт удобности, док је квалитет живота сродни концепт (Boggatz, 2015). Удобност или *comfort* је значајан концепт у здравству тачније сестринству, део је процеса неге и важан исход терапијских сестринских интервенција. Благостање или *well-being* представља вишедимензионални концепт који се односи на физичке, менталне, социјалне и аспекте из окружења појединца. Према дефиницији Оксфордског речника (*Oxford dictionaries*, 2016) благостање је „стање удобности, здравља или среће“. У научној литератури појам благостања се доводи у везу са срећом, позитивним идејама и искуствима, задовољством животом и просперитетом (Kiefer, 2008, према Pinto et al., 2017; Lambert et al., 2015). Прегледом осамнаест студија, Пинто и сарадници (Pinto et al., 2017) су извели закључак да удобност, благостање и квалитет живота нису сурогат термини већ повезани концепти са заједничким атрибутима. Удобност представља шири холистички концепт, благостање обухвата психолошку и духовну димензију, док квалитет живота одражава индивидуалну перцепцију задовољства животом.

1.4. Преглед досадашњих истраживања о социјалној партиципацији и квалитету живота особа са реуматоидним артритисом

Прегледом појединих досадашњих истраживања о РА уочава се да особе које живе са овом хроничном болести имају нижи квалитет живота у односу на здраву популацију у неколико домена као што су физичко здравље, ниво независности, живот у окружењу и лична уверења.

Квалитативном студијом Мелма и сарадника (Malm et al., 2017) утврђено је на који начин пацијенти са хроничним артритисом дефинишу концепт квалитета живота. Својом претходном студијом (Malm et al., 2016), ови аутори су потврдили наводе других истраживача да поред функционалних и физичких аспеката, квалитет живота зависи од психосоцијалних и социоекономских фактора у које се убраја запосленост, економски статус и животне навике. Интервјуисани пацијенти са хроничним артритисом ($n = 22$) квалитет живота разумеју на три начина: као независност у погледу физичког функционисања и могућности остваривања личних финансија, као оснаживање начина управљања животом и као партиципацију и искуство припадности у друштвеном контексту. Квалитет живота се доживљава кроз партиципацију у смислу припадности друштвеној заједници, кућном окружењу, послу и ширем окружењу. За особе са хроничним артритисом бити део друштвеног контекста даје осећај припадности, могућност учешћа у различитим контекстима са другим људима, различитог пола и година старости. Квалитет живота и партиципација као интегрални аспект овог концепта, представља осећај припадности породици, колегама и пријатељима од којих је особа прихваћена и цењена, партиципација подразумева и боравак ван куће у блиском окружењу и комшилуку у интеракцији са другим људима, закључују Мелм и срадници (Malm et al., 2017).

Меккарен (McCarron, 2015) је спровела истраживање са циљем да се утврде у ефекти вршњачке подршке на квалитет живота пацијената са реуматоидним артритисом у контексту партиципације. Социјална партиципација ових особа је угрожена уз осећај изолованости због смањене способности да учествују са припадницима из свог окружења у различитим ситуацијама, под истим околностима, због нарушеног физичког функционисања и изостанка подршке. Истарживање је спроведено кроз шест окупљања испитаника ($n = 23$) у групи за подршку у трајању од 60 минута, са истраживачем као посматрачем. Сесије су бележене аудио и видео путем, а након последње сесије групне подршке истраживач је интервјуисао учеснике који су присуствовали на барем четири сесије. Извршена је анализа садржаја транскрипта и евалуацијског интервјуа учесника групе за подршку како би се идентификовали фактори у вези са квалитетом живота учесника. Према налазима наведене студије (McCarron, 2015) код пацијената са РА постоји страх од усамљеноости, изостављености и немогућности партиципације у друштву због карактеристичних симптома и ограничења која су у вези са артритисом. Социјална подршка је неопходна у областима свакодневног живота ради оснаживања учесника уз стицање знања и повећање самоефикасности чиме се побољшава и квалитет живота.

Јесперсон са сарадницима (Jespersion et al., 2019) је спровео истраживање међу испитаницима ($n = 55$) различите старосне доби и пола, као и присутних дијагноза, где су између осталих обухваћени и пацијенти са појединим облицима запаљенског реуматизма. Истраживање је осмишљено као квалитативна студија о утицају социјалних односа и партиципације на квалитет живота ових особа. Сугерише се да је потребно узети у обзир отежавајуће околности и факторе из окружења који онемогућавају социјалну партиципацију као и тактике којима појединац решава такве ситуације. Као пример се наводе ситуације где је отежано учешће у слободним активностима и страх индивидуе да је терет у таквим

приликама. Истраживањем је идентификована важност неформалних односа (са родитељима, партнерима, пријатељима) и кроз њих пружена брига, остварена независност и разумевање као кључни елементи од утицаја на квалитет живота. Такође, значајан утицај на квалитет живота има друштвена прихваћеност у неформалним односима наспрам дискриминације и предрасуда као и способност социјалне партиципације. Формални и неформални друштвени односи и са тим у вези социјалне тактике (лаж, „беле лажи“, обелодањивање, повлачење) су уско повезани са друштвеном партиципацијом и имају утицај на квалитет живота индивидуе са РА.

Према наводима многих истраживача карактеристични клинички симптоми РА представљају значајан узрок смањене социјалне партиципације и квалитета живота. Поред евидентних физичких оштећења, клинички симптоми РА и њихова дуготрајност значајно утичу на физичко здравље и независност. Бол и замор су најчешћи узроци смањене активности и социјалних учешћа у различитим животним аспектима (Carr et al., 2003; Minnock et al., 2003). Карактеристика бола код РА је његово присуство и интензитет у односу на активност болести. Тачније, иако је болест хронична њена активност се разликује тако да овај дуготрајни и исцрпљујући симптом варира током времена и не мора у сваком тренутку ограничавати особу (Kaas & Tothova, 2017; Shlotzhauer, 2014).

И поред примене савремене медикаментозне терапије и рехабилитационих поступака бол средњег и високог интензитета представља скоро стално присутни симптом који ограничава физичку активност пацијента. Следствено томе јавља се и замор као онеспособљавајући фактор који утиче на свакодневни живот и радне резултате особе са РА. Замор је у основи повезан са активним током болести и значајно утиче на сегменте квалитета живота који се односе на физичке способности, виталност и емотивни живот (Kaas & Tothova, 2017; Mc Cabe et al., 2013; Turan et al., 2010).

Кас и Тотова (Kaas & Tothova, 2017) су утврдили да се симптом бола јавља код скоро 98,5% испитаних пацијената са РА, док се код више од половине пацијената бол јавља у различитом интензитету и учесталости (средњег интензитета и повремено). Циљ студије наведених аутора био је да се упореди квалитет живота особа са РА у односу на квалитет живота опште популације Републике Чешке у оквиру шест домена (физичко и психичко здравље, ниво независности, социјални односи, окружење и духовност) као и укупан квалитет живота, према WHO нормама. Узорак је чинило 150 (75%) пацијената мушког пола и 50 (25%) жена, а подаци су прикупљени квантитативним приступом стандардним упитником Светске здравствене организације *WHOQOL-100*, чешка верзија (Dragomirecka & Bartonova, 2006). Резултати истраживања су показали да постоје статистички значајне разлике у областима које се односе на искуство живота са РА, у области социјалних односа, окружења и духовности али да са практичног становишта ове разлике немају посебну значајност. Наведене области су свакако у мањој мери заступљене у односу на значајно лошији квалитет живота у доменима физичког здравља, као последице бола (98,5% испитаника) или умора (94% испитаника). И у домену независности постоји значајна разлика услед ограничене покретљивости особа са РА (92,5% испитаника). Изгледа да су добијени резултати у супротности са појединим истраживањима на које се позивају Кас и Тотова (Kaas & Tothova, 2017), а која указују на бројне проблеме које симптоми бола и умора изазивају у оквиру партиципације у породици, брачном животу и социјалним односима (Broome & Llewelyn, 1995; Hari et al., 2015; Chung et al., 2016). Мања статистичка значајност у социјалном домену у односу на општу популацију свакако не сме бити узрок занемаривања приликом планирања рехабилитације особа са РА. Квалитативни дизајн истраживања и индивидуалан приступ детаљније откривају домене квалитета живота где се могу јавити проблеми и да ли су они искључиво последица саме болести или последица неких других

околности с обзиром да се и здрави људи сусрећу са физичким и социјалним ограничењима (Kaas & Tothova, 2017).

Бенка и сарадници (Benka et al., 2016) су истраживали повезаност социјалне партиципације, карактеристичних симптома РА (бола, умора), функционалних ограничења, психосоцијалних варијабли и личних ресурса. Циљ истраживања био је да се утврди да ли је повезаност социјалне партиципације и ових аспеката иста код пацијената који су почетној фази болести и пацијената са већ утврђеном дијагнозом артритиса. Узорак истраживања су чиниле две групе испитаника у просеку приближних година старости, већином женског пола: група у раној фази болести ($n = 97$; године старости 53 ± 12.3 ; дужина трајања болести 2.8 ± 1.2 год.; 76% жене) и група са хроничним РА ($n = 143$; године старости 58 ± 10.3 ; дужина трајања болести 16.1 ± 3.6 год.; 86% жене). За процену социјалне партиципације коришћена је Скала партиципације (*The Participation Scale*) (Van Brakel et al., 2006) намењена пацијентима са хроничним стањима и заснована на принципима ICF. Наведеном скалом пацијенти процењују могућности учествовања у различитим животним ситуацијама у односу на здраве вршњаке. Показало се да су овакве компарације значајне у процени општег благостања и свакодневног функционисања као и за процену партиципације или неучешћа (Arigo et al., 2014). Истраживањем су утврђена значајна ограничења у домену социјалне партиципације (Benka et al., 2016). Пацијенти са већим ограничењима у социјалној партиципацији су имали више бола, симптоме замора и лошије су функционисали, показивали су виши ниво анксиозности и депресије без обзира да ли су били у ранијој фази болести или у фази хроничног артритиса. Можда нису утврђене значајне разлике у односу на трајање болести будући да су пацијенти код којих је утврђено трајање болести до четири године, већ испуњавали критеријум групе са раним РА, а да су се они на неки начин већ прилагодили свом стању.

Значајан је утицај РА на способност за рад и партиципацију у радној средини. Особе са РА имају потешкоће на радном месту због свакодневног бола у различитим сегментима, нарочито шакама, брзо се заморају, угрожени су физички захтевним условима на послу и неприлагођеној средине. Због раскорака између захтева на послу и могућности запосленог са хроничним здравственим проблемима долази до смањене самоефикасности и изостајања са радног места. Према неким подацима, запослени са РА одсуствују 40 дана годишње у односу на просечних 6,5 дана боловања (Државни уред за ревизију, Лондон, 2009). Последица је смањена продуктивност, те се утицај ове хроничне болести огледа не само у великим трошковима за појединца и послодавца већ и друштво. Стални здравствени проблеми у односу на уобичајене захтеве посла угрожавају статус запосленог, тако да трећина запослених са РА напушта радно место у року од три године од постављања дијагнозе, а чак 50% у року од десет година (Hammond et al., 2017). Побољшање радне способности и одржавање укупног квалитета живота представљају кључне кораке у рехабилитацији особа са РА (Giacomelli et al., 2015).

Барнаби и сарадници (Barnabe et al., 2018) су спровели лонгитудиналну студију о примени савремене биолошке терапије код пацијената различитог порекла (Алберта, Канада). Циљ студије је био да се истакне значај утицаја реуматоидног артритиса на квалитет живота у вези са здрављем, утицај на активности свакодневног живота и карактеристике социјалне партиципације кроз запослење. Прикупљање података је трајало осам година и учествовале су две групе испитаника под биолошком терапијом, пацијенти аутохтоног порекла ($n = 90$) и група пацијената „досељеника“ ($n = 1400$). Према резултатима студије (Barnabe et al., 2018) прва група пацијената са реуматоидним артритисом је имала статистички значајно лошија постигнућа која су била у вези са болом, спавањем, квалитетом живота, општим благостањем и физичким функционисањем у поређењу са другом групом

испитаника. Запослени пацијенти из прве групе (аутохтоног порекла) су имали двоструко више одсуствовања са радног места услед реуматоидног артритиса у поређењу са ткз. досељеницима. Чак 82% праћених и тестираних пацијената је напустило посао због болести, наспрам 48% испитаника из друге испитиване групе.

Циљ истраживања Цете и сарадника (Jetha et al., 2017) био је да се процени повезаност артритиса и партиципације у образовању и запошљавању младих особа са артритисом као и да се утврди да ли резултати варирају приликом самопроцене здравља. Истраживање је спроведено у Сједињеним Америчким Државама, а као извор података је коришћена национална база података. Узорком су обухваћени испитаници старости од 18 до 29 година, са дијагнозом артритиса ($n = 1.393$) или без присуства артритиса ($n = 40.537$). У односу на пол, заступљенији су били испитаници женског пола (58,8% наспрам 49,7%) и испитаници који живе у браку или заједници са партнером (48,0% наспрам 34,9%), док су према степену образовања испитаници генерално били уједначени. Запослење је категорисано кроз статус радног ангажовања: запослен, студент, незапослен, инвалид, друго (нпр. пензионер, бави се домаћинством). Према резултатима, испитаници са артритисом су чешће били женског пола, у браку и чешће су пријављивали већа ограничења у социјалној партиципацији, осредње или лоше здравствено стање и више функционалних ограничења у односу на испитанике без артритиса. Артритис је био статистички значајно повезан са нижим степеном образовања ($PR = 0,75$, 95% $CI = 0,57-0,98$) и чешћом партиципацијом у запослењу ($PR = 1,07$, 95% $CI = 1,03-1,13$). Додатне стратификоване анализе показале су повезаност између дијагнозе артритиса и чешћег учешћа у запошљавању код испитаника старости од 18 до 23 године, као и здравља које је самооцењено као боље (Jetha et al., 2017). И поред недостатака, као што је самопроцена здравственог статуса и „самопријављивање“ артритиса, наведено истраживање указује на потенцијалну важност самопроцене здравља у младости и потребу за интервенцијама које промовишу укључивање младих са РА на тржиште рада. Такође је важно да ова студија пружа увид у искуства у раној каријери и доприноси планирању будућих интервенција са циљем минимизирања радне неспособности особа које живе са артритисом.

У прегледу литературе проналазимо више радова на тему социјалне партиципације (Davis et al., 2009, 2011; Gignac et al., 2008, 2013). У једном од истраживања предмет интересовања Жињак и групе аутора (Gignac et al., 2008) био је процена значаја различитих друштвених улога у животу људи са остеоартритисом, обликом запаљеног артритиса, задовољство временом проведеним у улогама и испуњавањем тих улога, као и однос демографских, здравствених и психолошких фактора према перцепцији улога. Процењом су обухваћене три димензије партиципације у друштвеним улогама: значај улоге (тј. важност улоге), задовољство временом проведеним у улози (тј. обављање или испуњавање улога онолико често колико је потребно) и задовољство испуњавањем улоге (тј. обављање улоге на жељени начин) кроз различите домене (нпр. интеракција у заједници, физичко испуњавање слободног времена, запосленост, нега, интимни односи). Узорком је обухваћено укупно 87 испитаника са остеоартритисом, 60 женског и 27 мушког пола, старости од 42 до 86 година (просечно 65,6 година). Већина испитаника (62%) је имала остеоартритис колена. У овој студији као основни инструмент за процену социјалне партиципације примењен је Упитник о учешћу у друштвеној улози (*Social Role Participation Questionnaire, SRPQ*) који испитује 11 друштвених улога и једну уопштenu или генералну која узима у обзир све претходне друштвене улоге. Конкретније, испитане су следеће друштвене улоге: (1) интеракција заједнице, религије, културе; (2) друштвени догађаји; (3) физичко слободно време; (4) хобији; (5) повремено или неформални контакт са другима; (6) путовање или одмор; (7) запошљавање; (8) похађање школе и континуирано образовање; (9) интимне везе;

(10) везе са децом / унуцима; (11) везе са другом породицом; и (12) глобална процена партиципације у друштвеним улогама. Остали прикупљени подаци су се односили на демографску структуру узорка и присуство других обољења, симптоме остеоартритиса, присуство бола, ограничења активности и присуство депресије и/или анксиозности. У ту сврху примењени су *Short-Form McGill Pain Questionnaire*, затим *Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)* или *Hip and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS)*, као и *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*.

Налази су показали да су испитаници са остеоартритисом више улога оценили као значајне или важне, али са ниском до умереном повезаношћу са задовољством. Поред тога, SRPQ димензије које се односе на значај и задовољство су се разликовале. Задовољство временом проведеним у улогама и задовољство испуњавањем улога су високо корелирали ($r = 0,83$). Нижи степени значаја или важности улога су били повезани са старошћу, нижим степеном образовања и нижим приходима, али и са већом инвазивношћу болести. Мање задовољство временом проведеним у испуњавању улога је нађено код млађих испитаника, а било је повезано са присуством јачег бола, већом инвазивношћу болести, док је мање задовољство испуњавањем улога било повезано са повишеном инвазивношћу болести и депресијом (Gignac et al., 2008). Аутори сматрају да када су улоге оцењене као значајније, већа је вероватноћа да испитаници доживљавају своју болест као инвазивнију или са већим реметилачким утицајем на њихов живот.

Група холандских истраживача (Van Jaarsvel et al., 1998) утврдила је негативан утицај РА на радне способности и социјалну партиципацију у првим годинама од обољевања, тачније према њиховим резултатима у првих шест година од почетка болести. У студији попречног пресека учествовало је 363 пацијента са трајањем болести SD 2,8 година. Подаци су добијени помоћу упитника којим су прикупљени подаци о запослењу, социјалној партиципацији и партиципацији у кућним пословима и поређени са нормама Бироа за националну статистику (Central Bureau of Statistics; Hague, 1995). Урађена је и процена параметара који се односе на активност болести. Истраживањем је утврђено да је у групи мушкараца од 45-64 година старости, 63% пацијената незапослено у односу на 32% према општим подацима ($p < 0.01$), док је код пацијената женског пола у истој старосној групи, 76% незапослених у односу на 67% према општим подацима ($p < 0.05$). Следеће, 59% запослених пацијената је пријавило да има потешкоће на послу због РА док је број сати у радној недељи смањен. Од незапослених пацијената 41% сматра да је то последица РА. Активности у вези неплаћених и кућних, свакодневних послова су такође смањене. Резултати овог истраживања (Van Jaarsvel et al., 1998), указују на значај утицаја РА у првим годинама обољевања (у првих шест година од евидентирања симптома) у односу на социјалну партиципацију и запосленост као аспекте квалитета живота особа са РА.

У складу са наводима претходног истраживања, желели бисмо да усмеримо пажњу на значајан утицај РА на способност за рад и партиципацију у радној средини. Особе са РА имају потешкоће на радном месту због свакодневног бола у различитим сегментима, нарочито шакама, брзо се замарају, угрожени су физички захтевним условима на послу и неприлагођеној средини. Због раскорака између захтева на послу и могућности запосленог са хроничним здравственим проблемима долази до смањене самоефикасности и изостајања са радног места. Према неким подацима, запослени са РА одсуствују 40 дана годишње у односу на просечних 6,5 дана боловања (Државни уред за ревизију, Лондон, 2009) што подразумева и смањену продуктивност, те се утицај ове хроничне болести огледа не само у великим трошковима за појединца и послодавца већ и друштво. Стални здравствени проблеми у односу на захтеве посла угрожавају статус запосленог, тако да трећина запослених са РА напушта посао у року од три године од постављања дијагнозе, а чак 50% у року од десет

година (Hammond et al., 2017). Побољшање радне способности и одржавање укупног квалитета живота представљају неке од кључних корака у рехабилитацији особа са РА (Giacomelli et al., 2015). Испитујући утицај примене одређене фармаколошке терапије на продуктивност пацијената са активним РА на послу и код куће, група аутора (Kavanaugh et al., 2009) је утврдила позитиван утицај терапије кроз значајно смањење одсуства са посла, већу продуктивност и учешће у кућним пословима. Они су утврдили и већи степен учешћа (тачније, смањен број дана одсуства) у породичним, друштвеним и активностима слободног времена. Узимајући у обзир интерес за истраживањем дневних активности и партиципације особа са РА као важног аспекта живота, поменути аутори су се ослонили на резултате претходно спроведених студија (Lundkvist et al., 2008; Westhoff et al., 2000) које су се бавиле губитком продуктивности особа са РА у кућним условима, њиховим ограничењима у бављењу домаћинством и учешћем у породичним активностима, као и смањеним учешћем у рекреативним активностима.

II ПРЕДМЕТ, ЦИЉ И ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА

2.1. Проблем и предмет истраживања

Прегледом истраживања која се баве реуматоидним артритисом уочава се интересовање за испитивањем различитих аспеката ове болести. У сфери клиничких испитивања интересовање је усмерено ка процени клиничких параметара, трајању и активности болести, симптомима болести или ефектима биолошке терапије као новијег тренда у лечењу. Међутим, са аспекта рехабилитације није довољна само клиничка процена и процена мера у вези болести и здравља. Неопходна је и процена психосоцијалних аспеката, као што су карактеристике социјалне партиципације и квалитета живота. Према раније приказан истраживањима учешће у друштвеним улогама све се више сматра релевантним исходом у студијама које се баве партиципацијом, квалитетом живота и укупним побољшањем здравља особа са хроничним болестима. Мерење и операционализација учешћа је изазов, с обзиром на то да учешће у друштвеним улогама покрива бројне домene и може се проценити у различитим димензијама као што су важност улоге, задовољство вршењем улоге или ограничења улоге. Пронашли смо истраживања где се партиципација кроз учешће мери у популацији оболелих особа од других облика запаљенског реуматизма – анкилозирајућег спондилитиса, спондилоартритиса и остеоартритиса (Gignac et al., 2013; Davis et al., 2011; Van Genderen et al., 2016a; Van Genderen et al., 2018) те постоји потреба да се процена изврши и код особа са реуматоидним артритисом.

Предмет овог истраживања су особе са реуматоидним артритисом и карактеристике њихове социјалне партиципације и квалитета живота. Према доступној литератури о особама са реуматоидним артритисом може се уочити примена постојећих стандардизованих мера којима се процењује партиципација и које су усмерене на тешкоће или учесталост у обављању одређених задатака потребних за неку активности. Наша идеја је да процени партиципације приступимо са аспекта *процене учешћа у друштвеној улози* и затим утврдимо повезаност са квалитетом живота особа са реуматоидним артритисом. Применом одговарајућих инструмената појединац ће нам са свог аспекта доживљаја болести пружити најбољи увид у сегменте нашег интересовања социјалне партиципације и квалитета живота. На тај начин омогућено нам је да свеобухватно сагледамо особу са реуматоидним артритисом, уочимо потешкоће у појединим доменима квалитета живота и предузмемо одговарајуће мере.

2.2. Циљ истраживања

Циљ овог истраживања био је да се утврде карактеристике социјалне партиципације, квалитета живота и функцијске способности код особа са реуматоидним артритисом.

Карактеристике социјалне партиципације и квалитета живота код особа са реуматоидним артритисом анализиране су у односу на: пол, животну доб, дужину трајања болести, активност болести, начин лечења, место боравка, социјални статус и у односу на функционалне способности.

2.3. Задаци истраживања

Операционализација постављеног циља извршена је кроз:

1. Процену функцијских способности особа са реуматоидним артритисом.
2. Процену социјалне партиципације особа са реуматоидним артритисом.

3. Процену квалитета живота особа са реуматоидним артритисом.
4. Утврђивање корелације између социјалне партиципације и квалитета живота код особа са реуматоидним артритисом.

2.4. Хипотезе истраживања

Основне истраживачке хипотезе гласе:

1. Постоји повезаност између социјалне партиципације и демографских карактеристика, као и социјалне партиципације и функцијских способности код особа са реуматоидним артритисом.
2. Постоји повезаност између квалитета живота и демографских карактеристика, као и квалитета живота и функцијских способности код особа са реуматоидним артритисом.
3. Социјална партиципација и квалитет живота код особа са реуматоидним артритисом су у корелацији.

III МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.1. Време и место истраживања

Истраживање је реализовано од марта 2020. до марта 2021. године на Институту за реуматологију, Ресавска 69. у Београду. Истраживање је спроведено уз неколико прекида због увођења Института у систем COVID болница, услед актуелне COVID-19 пандемије. Институт за реуматологију је здравствена установа у којој се обавља специјализована поликличичка и болничка здравствена делатност у области реуматских болести. Као таква, представља једину уско специјализовану здравствену установу у Србији која се бави здравственом заштитом реуматских болесника, дијагностиком, комплексним лечењем и рехабилитацијом оболелих (Институт за реуматологију, 2021).

Прикупљање неопходних података применом одговарајућих инструмената процене, затим увид у базу података и медицинску документацију спроведено је на Одељењу службе за физикалну медицину и рехабилитацију и у амбуланти за клиничка мерења Одељења за специјалистичко консултативне прегледе Института за реуматологију.

3.1.2. Календар истраживања

Током 2018. године извршено је прикупљање материјала и доступне литературе као и одговарајућих библиографских јединица за израду тематске библиографије на тему социјалне партиципације и квалитета живота особа са реуматоидним артритисом. Одабрани су инструменти процене и припремљени кроз кореспонденцију и добијање упутства од стране аутора. Затим је сачињен нацрт истраживања. По добијању одобрења од стране Етичког одбора Института за реуматологију за спровођење истраживања (бр. 29/5 - 13.02.2020. год.), уследило је организовање и прикупљање података применом одговарајућих инструмената током 2020. и 2021. године уз прекиде због наведене актуелне ситуације.

Прикупљени материјал је унет у базу података и систематизован, а затим је извршена статистичка обрада података. Резултати и извештај о спроведеном истраживању су представљени у виду дисертације.

3.2. Узорак истраживања

Узорак истраживања чини 60 испитаника са реуматоидним артритисом и то мушког пола 16 (27%) и 44 (73%) женског пола, узраста старији од 18 година. Сви испитаници живе на територији Републике Србије, различитог су нивоа образовања (непотпуна основна школа, основна школа, средња стручна спрема, виша стручна спрема, висока стручна спрема), радног статуса (незапослен, неплаћен рад у кући, запослен, пензионер, превремена пензија), брачног статуса (у браку, ванбрачна заједница), породичног статуса (у заједници, самостално) и функционалних способности. Испитаници у нашем истраживању су пацијенти на рехабилитацији у здравственој установи која се бави дијагностиком, лечењем и рехабилитацијом у области реуматских болести. Увидом у базу података и медицинску документацију одабране установе од укупно 90 тестираних пацијената са реуматоидним артритисом узорком су обухваћене особе са различитом дужином трајања болести, активношћу болести и начином лечења. Критеријуми за искључивање из узорка су били пацијенти са карциномом, срчаном инсуфицијенцијом трећег и четвртог степена NYHA класификације (*The New York Heart Association, NYHA*), компликовани и неадекватно лечени пацијенти, пацијенти који су имали придружене дијагнозе болести жлезда са унутрашњим лучењем, као и са придруженим дијагнозама других реуматских болести. Дистрибуција испитаника према полу дата је у Табели 1.

Табела 1. Структура узорка у односу на пол испитаника

Пол	<i>N</i>	%
Мушки	16	26,7
Женски	44	73,3
Укупно	60	100,0

Старост испитаника се кретала од 20 до 77 година, а просечно је износила 53,17 године ($SD = 14,14$). Основне дескриптивне вредности старости испитаника су дате у Табели 2.

Упоредни приказ и компарација старости испитаника према полу су дати у Табели 2. Просечна старост испитаника мушког пола је износила 55,81 година ($SD = 14,63$), а испитаника женског пола 51,48 година ($SD = 13,74$). Међутим, статистичка значајност разлике старости испитаника у односу на пол није потврђена применом Ман-Витнијевог *U*-теста (мушки, $Mdn = 62,50$, $IQR = 20,25$; женски, $Mdn = 52,50$, $IQR = 17,75$; $U = 242,500$, $z = -1,832$, $p = 0,067$, $r = 0,24$).

Табела 2. Основне дескриптивне вредности старости испитаника и дескриптивне вредности старости испитаника у односу на пол

Старост испитаника (године)	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>
	53,17	14,14	20	77	55,00	19,75
Пол	Старост испитаника (године)				Компарација	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	Просечан ранг	<i>p</i>
Мушки	55,81	14,63	62,50	20,25	37,34	0,067
Женски	51,48	13,74	52,50	17,75	28,01	

Структура узорка у односу на животну доб испитаника, место боравка, степен образовања, као и у односу на радни, брачни и породични статус, дата је у Табели 3. Највећи број испитаника, њих 27 (45%), је припадао средњем животном добу (48–63 године живота). Укупно 49 (82%) испитаника је живело у градској средини, док је 37 (62%) испитаника имало завршену средњу школу. Такође, 27 (45%) испитаника је било запослено, њих 34 (57%) је било у браку, док је 31 (52%) испитаник живео у заједници.

Табела 3. Структура узорка у односу на животну доб, место боравка, степен образовања, радни статус, брачни статус и породични статус испитаника

Варијабла	Категорија	<i>N</i>	%
Животна доб	Млађа	18	30,0
	Средња	27	45,0
	Старија	15	25,0
Место боравка	Градска средина	49	81,7
	Сеоска средина	11	18,3
Степен образовања	Непотпуна ош	1	1,7
	Средња сс	37	61,7
	Виша сс	6	10,0
	Висока сс	13	21,7
	Остало	3	5,0
Радни статус	Запослен	27	45,0
	Незапослен	14	23,3
	Пензионер	19	31,7
Брачни статус	У браку	34	56,7
	Ванбрачна заједница	5	8,3
	Самац/ица	11	18,3
	Разведен/а	3	5,0
	Удовац/а	7	11,7
Породични статус	У заједници	31	51,7
	Самостално	29	48,3

Дужина трајања болести испитаника се кретала од четири месеца до 564 месеца, а просечно је износила 120,55 месеци ($SD = 96,58$). Основне дескриптивне вредности трајања болести испитаника су дате у месецима у Табели 4.

Табела 4. Основне дескриптивне вредности дужине трајања болести испитаника

Дужина трајања болести (месеци)	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>
	120,55	96,58	4	564	108,00	124,75

Упоредни приказ и компарација дужине трајања болести испитаника према полу су дати у Табели 5. Код испитаника мушког пола, дужина трајања болести је просечно износила 105,94 месеци (*SD* = 84,06). Код испитаника женског пола, дужина трајања болести је просечно износила 125,86 месеци (*SD* = 101,12). Међутим, статистичка значајност разлике дужине трајања болести испитаника у односу на њихов пол није потврђена применом Ман-Витнијевог *U*-теста (мушки, *Mdn* = 78,00, *IQR* = 121,5; женски, *Mdn* = 110,00, *IQR* = 122,25; *U* = 312,000, *z* = -0,669, *p* = 0,504, *r* = 0,09).

Табела 5. Основне дескриптивне вредности дужине трајања болести у односу на пол испитаника

Пол	Дужина трајања болести (месеци)				Компарација	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	Просечан ранг	<i>p</i>
Мушки	105,94	84,06	78,00	121,50	28,00	0,504
Женски	125,86	101,12	110,00	122,25	31,41	

Структура узорка у односу на трајање болести дата је у Табели 6. Код највећег броја испитаника, њих 51 (85%), забележен је касни РА.

Табела 6. Структура узорка у односу на трајање болести

Трајање болести	<i>N</i>	%
Рани РА	8	13,3
Касни РА	51	85,0
Недостајући податак	1	1,7
Укупно	60	100,0

Структура узорка у односу на почетак првих тегоба и у односу на период постављања dg РА дата је у Табели 7. Код највећег броја испитаника, њих 29 (48%), почетак првих тегоба је забележен у периоду 2011–2020 године, док је код 36 (60%) испитаника dg РА постављена у истом том периоду.

Табела 7. Структура узорка у односу на почетак првих тегоба и период постављања dg PA

Период	Почетак првих тегоба		Постављање dg PA	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1971–1980	2	3,3	1	1,7
1991–2000	11	18,3	6	10,0
2001–2010	18	30,0	17	28,3
2011–2020	29	48,3	36	60,0

Структура узорка у односу на тренутно опште здравствено стање дата је у Табели 8. Код највећег броја испитаника, њих 24 (40%), тренутно опште здравствено стање је оцењено као врло добро, док је код 23 (38%) испитаника оно оцењено као добро.

Када је озбиљност PA у питању, код 36 (60%) испитаника је оцењен као умерен, док је код 23 (38%) испитаника забележен благ PA (Табела 8).

Код 53 (88%) испитаника није забележено тренутно погоршање PA, док је код седам (12%) испитаника потврђено тренутно погоршање PA (Табела 8).

Када је активност болести у питању, код 38 (63%) испитаника је забележена ремисија, док су код по 10 (17%) испитаника забележена ниска, односно умерена активност PA (Табела 8).

Када је начин лечења у питању, у тренутку спровођења истраживања, примена само стандардне терапије је нађена код 31 (52%) испитаника, док је 29 (48%) испитаника било на стандардној и биолошкој терапији (Табела 8).

Када је коришћење лекова у питању, у тренутку спровођења истраживања, испитаници су користили следеће лекове: гликокортикоиде (23%), NSAID (2%), болест модификујуће лекове – BML (90%) и биолошке лекове (50%) (Табела 8).

Табела 8. Структура узорка у односу на тренутно опште здравствено стање испитаника, озбиљност РА, присутност тренутног погоршања РА, активност болести, начин лечења и коришћење лекова

		n	%
Тренутно опште здравствено стање	Одлично	8	13,3
	Врло добро	24	40
	Добро	23	38,3
	Слабо	3	5
	Лоше	2	3,3
Озбиљност РА	Благ	23	38,3
	Умерен	36	60
	Прилично тежак	1	1,7
Присутност тренутног погоршања РА	Не	53	88,3
	Да	7	11,7
Активност болести	Ниска активност	10	16,7
	Умерена активност	10	16,7
	Висока активност	2	3,3
	Ремисија	38	63,3
Начин лечења	Само стандардна терапија	31	51,7
	Стандардна и биолошка терапија	29	48,3
Коришћење лекова	Гликокортикоиди	14	23,3
	NSAID	1	1,7
	Болест модификујући лекови – BML	54	90
	Биолошки лекови	30	50

Највећи број испитаника приказаних у Табели 8. је врло доброг и доброг здравственог стања, без тренутног погоршања РА. Више од половине испитаника је са умереним РА који је у ремисији. Испитаници су на стандардној и комбинованој терапији, док највећи број испитаника користи болест модификујуће лекове.

3.3. Варијабле истраживања

Избор обележја посматрања је начињен на бази проучавања релевантне литературе о социјалној партиципацији, квалитету живота и особама са реуматоидним артритисом.

Независне варијабле су:

Пол (мушки, женски), *животна доб* (млађа, средња, старија), *место боравка* (градска, рурална средина), *ниво образовања* (непотпуна основна школа, основна школа, средња стручна спрема, виша стручна спрема, висока стручна спрема), *радни статус* (незапослен, неплаћен рад у кући, запослен, пензионер, превремена пензија), *брачни статус* (у браку, ванбрачна заједница), *породични статус* (у заједници, самостално), *дужина трајања болести* (рани, касни РА), *активност болести* (у ремисији, у егзацербацији), *начин лечења* (стандардна, биолошка терапија) и *функцијске способности* особа са реуматоидним артритисом. Функционалне способности представљају самопроцену пацијента о степену активности свакодневног живота: облачењу и личној нези, устајању, исхрани, ходу, личној хигијени, дохватању предмета, хватању и активностима.

Зависне варијабле су:

Социјална партиципација особа са реуматоидним артритисом.

Квалитет живота особа са реуматоидним артритисом.

Социјална партиципација представља учешће у друштвеној улози и одражава се кроз значај или истакнутост улоге, кроз физичке потешкоће или ограничења у улози и кроз задовољство вршењем улоге. Квалитет живота представља процену пацијента са реуматоидним артритисом о специфичним активностима дневног живота, социјалне интеграције и емоционалне компоненте.

3.4. Поступци и инструменти истраживања

3.4.1. Поступак истраживања

По добијању одобрења од стране етичког одбора Института за реуматологију започело је прикупљање неопходних података применом планираних инструмената процене и формирање узорка увидом у базу података и медицинску документацију.

Након кратког упознавања испитаника са предметом истраживања и добијања њихове сагласности за коришћење података у сврху истраживања, испитаници су приступили попуњавању припремљеног протокола самостално и уз помоћ испитивача. Испитивање се одвијало у простору Одељења службе за физикалну медицину и рехабилитацију и у амбуланти за клиничка мерења. Потребно време за тестирање било је 45-60 минута.

3.4.2. Инструменти за прикупљања података

За потребе овог истраживања креиран је *протокол* који се састоји од упитника за прикупљање социодемографских података и одабраних инструмената процену функционалних способности, социјалне партиципације и квалитета живота.

За прикупљање *социодемографских података и података у вези* реуматоидног артритиса коришћен је упитник осмишљен за потребе истраживања.

Податке који се односе на пол испитаника (мушки, женски), животну доб (млађа, средња, старија), место боравка (градска, рурална средина), ниво образовања (непотпуна основна школа, основна школа, средња стручна спрема, виша стручна спрема, висока стручна спрема), радни статус (незапослен, неплаћен рад у кући, запослен, пензионер, превремена пензија), брачни статус (у браку, ванбрачна заједница) као и породични статус (у заједници, самостално) испитаника прикупили смо путем посебно конструисаног упитника за потребе овог истраживања. Податке о дужина трајања болести (рани, касни РА), активности болести (у ремисији, у егзацербацији) и начину лечења (стандардна, биолошка терапија) прикупили смо приступом бази података и увидом у медицинску документацију здравствене установе у којој је испитаник на лечењу или рехабилитацији.

Активност болести испитаника у овом истраживању је процењена применом Индекса активности болести 28 (*The Disease Activity Score, DAS28*) и Клиничким индексом активности болести (*Clinical Disease Activity Index, CDAI*).

Индекса активности болести 28 или DAS28 (*The Disease Activity Score 28*) је вишедимензионални и композитни инструмент што значи да обухвата више различитих сегмената болести и заснива се на клиничкој процени броја осетљивих (на притисак) и отечених зглобова, укупног бола и биомаркера упале – брзине седиментације еритроцита (ESR) или С реактивног протеина (CRP). Процена зглобова обухвата 28 зглобова укључујући мале зглобове шака и прстију, лактове, рамена и колена. У зависности од скорa DAS28 активност РА се дефинише као стање ремисије DAS28 <2,6 или ниске активности болести уколико је вредност DAS28 ≤3,2. Вредности од 3.2 -5.1 указују на умерену активност, док вредности преко 5.1 упућују на високу активност болести (Allen et al., 2018; Jensen Hansen et al., 2017). Према израчунатим вредностима, лекар може одредити степен активности болести приликом првог прегледа и упоређивати у свим каснијим контролним прегледима. Сматра се да је евентуално ограничење инструмента што пацијенти често немају неопходне лабораторијске тестове при прегледу (Farheen & Agarwal, 2011). То је био случај и код испитаника у нашем укупном узорку, где због недостатка свих елемената DAS28 није био доступан у бази података једног броја пацијената и они нису могли бити део узорка нашег истраживања.

Клиничким индексом активности болести или CDAI (*Clinical Disease Activity Index*) је композитни индекс који се добија једноставним нумеричким сабирањем четири клиничке варијабле: укупан број болних и отечених зглобова при прегледу, болесникова и лекарска процена активности болести на скали бола (VAS). Имајући у виду да не захтева лабораторијске вредности сматра се доступним и применљивим инструментом у клиничким мерењима која су у вези са РА. У тумачењу резултата 0,0 – 2,8 представља ремисију, 2,9 – 10,0 ниску активност болести, 10,1 – 22,0 умерену активност болести и 22,1 – 76,0 висока активност болести. Показало се да је DAS28 у умерено до доброј корелацији ($k = 0,533$; $P < 0,0001$) са CDAI (Singh et al., 2011). Доказе о доброј усклађености ($k = 0.70$) између инструмената пронашли смо и у нешто старијим истраживањима (Aletaha et al., 2005).

3.4.2.1. Упитник за процену функцијског стања (HAQ)

За процену *функцијских способности* коришћен је Упитник за процену функцијског стања (Fries et al., 1980).

Упитник за процену функцијског стања (*Health Assessment Questionnaire, HAQ*) је инструмент који се користи за процену инвалидности, тачније функцијских способности кроз

активности свакодневног живота. Инструмент је у оригиналу конструисан 1978. године (*Health Assessment Questionnaire Disability Index, HAQ DI*), а први пут је објављен у часопису *Arthritis and Rheumatism*, 1980. године (Fries et al., 1980). Тест је оригинално развијен за примену код одраслих пацијената са РА и остеоартритисом, за примену код других реуматолошких стања из те групе, као и за примену код деце. Многбројне обраде и прегледни радови о различитим верзијама HAQ – а указују да је један од најкоришћенијих инструмената и то не искључиво у области реуматских болести (Bruce & Fries, 2003). Томе је допринела и промена становишта у процени здравља преласком са физичких и биохемијских мерења на процену здравствених исхода са становишта самих пацијената о сопственом здравственом статусу. О значају инструмента и његовој заступљености говори податак да је HAQ преведен на више од 60 језика и дијалеката, мада је првобитно развијен за популацију која говори енглески језик (Maska et al., 2011).

За инструмент који је практично био у формирању од седамдесетих година очекивано је да се појављује у више форми (Fries, 1983; Ramey et al., 1992). Под наведеним термином (HAQ) у примени је инструмент под називом комплетни HAQ (*The Full HAQ*) који процењује пет димензија здравственог исхода. „Кратки“ HAQ (*Short HAQ*) је упитник на две стране, садржи индекс инвалидности (HAQ DI), визуелну аналогну скалу бола (*VAS Pain Scale*), као и *Patient Global VAS*. HAQ DI се користи као самостална верзија и један је од најстаријих и најчешће коришћених инструмената за процену функционалног статуса пацијената у реуматологији (Barber et al., 2019). HAQ DI је временом више пута модификован у неколико новијих верзија у смислу краћих изведених варијанти теста или побољшања оргиналних психометријских својстава (*Modified HAQ, Multidimensional HAQ, HAQ-II, Improved HAQ*), узимајући у обзир дужину теста и релативно сложено бодовање. Амерички колеџ за реуматологију (*American College of Rheumatology*) је још 2012. године у свом водичу стандардизованих и валидираних инструмената процене функционалног статуса кроз самоизвештавање код реуматолошких пацијената уврстио HAQ DI у виду препоруке као и поједине ажуриране верзије овог теста (Singh et al., 2016).

У смислу евалуације функционалних способности HAQ представља један од скоро неизоставних и препоручених инструмената у истраживањима о квалитету живота пацијената са РА (Pollard et al., 2005; Wolfe, 2000). За испитанике представља кратак и прихватљив упитник, а примењује се и као референтни тест приликом конструкције нових тестова за процену квалитета живота, за утврђивање валидности и употребљивости нових тестова (Jovanović, 2014; Wolfe et al., 1988).

Инструмент кроз самоизвештавање тј. самостално попуњавање мери осам категорија свакодневног функционисања, тако што испитаници оцењују сваку ставку од 0 до 3 (0 - без потешкоћа, 1 - са потешкоћама, 2 - са много потешкоћа, 3 - не могу да извршим). Упитник се састоји од 20 питања и следећих категорија функционисања: облачење и лична нега, устајање, исхрана, ход, одржавање личне хигијене, дохватање, хватање и активности ван куће, где се свака категорија састоји од барем две субкатеорије тј. питања о могућности извођења неке радње. Уз дате категорије испитанику је понуђено да заокружи помагало или напреду као помоћ при наведеним активностима (нпр. штап, рам за ходање, кукица за закопчавање дугмади или за затварање рајсфершлуса, седиште за каду, отварач за тегле које су већ отворене). Испитаник може да означи и активности у оквиру којих обично има помоћ других особа. По питању одговора на наведене две последње ставке, одговори морају бити у складу са претходно датим одговорима у упитнику јер није могуће да у нпр. *Категорију 1*. (облачење и лична нега) испитаник одговори на питања са 0 - без потешкоћа, а да заокружи да му неко помаже при обављању радњи из те категорије. Приликом скоровања у обзир се узима онај одговор који има највећу оцену у тој категорији питања. HAQ индекс се

израчунава као количник збира највиших оцена у категоријама питања и броја 8 који означава број категорија. Психометријске карактеристике у односу на честу примену упитника проналазимо у наводима у литератури (Barber et al., 2019; Maska et al., 2011; Fries et al., 1980). Вредност тест-ретест поузданости креће се од 0,8 до 0,99. Добра поновљивост је доказана код пацијената са РА са коефицијентом корелације већим од 0,95 и унутрашњом конзистентношћу мерену Кронбаховим коефицијентом α који износи 0,90. Коефицијент корелације од 0,72 између НАQ скорова и физичких капацитета показује валидност теста. Показало се да резултати НАQ добро кореспондирају у клиничким и лабораторијским мерењима, а исто тако представља један од сигурнијих предиктора дугорочних исхода као што су инвалидност на раду и економски издаци (Linde et al., 2008; Wolfe, 2000).

3.4.2.2. Упитник о учешћу у друштвеној улози - модификовани (SRPQ)

За процену *социјалне партиципације* коришћен је Упитник о учешћу у друштвеној улози – модификовани (Gignac et al., 2008).

Упитник о учешћу у друштвеној улози – модификовани (*Social Role Participation Questionnaire - Modified*, Gignac et al., 2008) процењује социјалну партиципацију појединца кроз учешће у друштвеним улогама. У литератури проналазимо више истраживања где је у циљу процене социјалне партиципације примењен SRPQ инструмент (Van Genderen et al., 2016a, 2016b, 2018; Gignac et al., 2013; Davis et al., 2011; Oude Voshaar et al., 2016). Циљ примене SRPQ јесте процена перцепције појединца о: 1.) важности учешћа у различитим друштвеним улогама, 2.) ограничењима учешћа у друштвеним улогама и 3.) задовољству учешћем у друштвеним улогама. Упитник процењује дванаест домена. Питања су тако осмишљена да појединци кроз одговор размишљају о свом здрављу генерално или о специфичним стањима (нпр. болови у коленима у вези са артритисом). Израз „проблеми са зглобовима“ у ставкама може бити замењен другим стањима (нпр. мултипла склероза) или конструктом „мишљење о здрављу“. Поред осталог испитаницима се поставља и питање да ли су тренутно запослени, да ли похађају школу, да ли су у интимној вези или имају децу или унуке. Процену може спровести испитивач који води интервју и попуњава податке или испитаник сам попуњава упитник. Упитник се може користити када узорак чине здрави људи, или пацијенати са неким од облика запаљеног реуматизма (остеоартритис, анкилозирајући спондилитис или реуматоидни артритис).

У појединим претходним истраживањима (Van Genderen et al., 2018) примењена је холандска валидирана верзија SRPQ инструмента којим је вршена процена кроз четири димензије учешћа (важност улоге, задовољство временом, задовољство извиђењем и физичке потешкоће) кроз 11 друштвених улога и једну општу улогу. Последњом ставком од испитаника се тражило да узме у обзир „све претходне друштвене улоге“. Свака улога у свакој димензији оцењивана је на Ликертовој скали од 0-5 поена. У даљим применама упитника, улоге су подељене у три домена: **међуљудски односи** (интимни односи, неформални контакти, друштвене активности, верске, културне и активности у заједници), **слободно време** (физичке слободне активности, хоби, путовање или одмор) и **посао** (запослење). Резултати за сваку димензију израчунавају се за три домена улоге на основу просека применљивости улоге. За међуљудске односе и слободно време резултати домена израчунавају се само ако испитаници назначе да учествују у најмање две улоге. За психометријске карактеристике ове (холандске) адаптације упитника биле су неопходне мање адаптације, *Kronbah* $\alpha=0,7$, док је тест-ретест поузданост била задовољавајућа ($\kappa=0,79-0,95$).

Средња вредност се израчунава одвојено за сваку од три димензије друштвене улоге: значај улоге, физичке потешкоће у свакој улози тј. ограничење улоге, задовољство вршењем улога. Претпоставља се да они појединци који пријављују да улога није применљива на њих, на подскали ограничења улога нису ограничени том улогом и даје им се оцена 1 (без тешкоћа). Ово смањује количину података који недостају и резултира конзервативном проценом ограничења улога. Пошто појединци можда не учествују у свим улогама, средњи резултати задовољство улогама се израчунавају ако учесници одговоре на најмање девет од дванаест домена улога. За попуњавање упитника потребно је пет до десет минута. Аутор оригиналне верзије SRPQ инструмента је Жињак са сарадницима (Gignac et al., 2008), а ми смо користили модификовану верзију упитника о учешћу у друштвеној улози (*Social Role Participation Questionnaire – Modified 2011*), чији су аутори скоро сви као и аутори оригиналне верзије упитника. За коришћење овог инструмента добијена је писана сагласност првог аутора. За примену у нашем истраживању инструмент је са енглеског језика преведен на српски језик применом “дуплог слепог превода” тј. оригинална верзија SRPQ инструмента преведена је на српски језик, а затим је српска верзија превода од стране друге особе поново преведена на енглески језик.

Примена SRPQ упитника има важно место у процени социјалне партиципације јер се применом овог инструмента анализира социјално учешће особа са РА у широком спектру друштвених улога. Први пут смо применили овај упитник код особа са РА обухватајући све три димензије процене остваривања социјалних улога: **важност учешћа** у различитим друштвеним улогама, **ограничење учешћа** и **задовољство учешћем** у друштвеним улогама.

3.4.2.3. Упитник о квалитету живота код реуматоидног артритиса (RAQoL)

За процену *квалитета живота* коришћен је Упитник о квалитету живота код реуматоидног артритиса (De Jong et al., 1997; Whalley et al., 1997).

Упитник о квалитету живота код реуматоидног артритиса (*Rheumatoid arthritis quality of life, RAQoL*) је инструмент намењен за процену квалитета живота специфично код особа са РА. RAQoL је настао из потребе да се утврди утицај инфламаторне хроничне болести на квалитет живота особа са РА. Услед тога је конструисан инструмент изведен из искуства пацијената и развијан истовремено на енглеском и холандском језику према пореклу аутора (De Jong et al., 1997; Whalley et al., 1997). Инструментом се процењује квалитет живота са становишта пацијената са реуматоидним артритисом о специфичним активностима дневног живота, кроз социјалну интеграцију и емоционалну компоненту. RAQoL не припада такозваним здравственим скалама којима се мери квалитет живота кроз процену здравственог статуса, узимајући у обзир симптоме болести и ограничења активности (Wilburn et al., 2015). Са тог становишта као инструмент којим се мери квалитет живота може бити комплементаран са HAQ – ом који се и примењује као упоредна скала у адаптацијама RAQoL инструмента.

RAQoL је у оригиналу развијен и прво примењен у Великој Британији и Холандији где се показао као веома применљив и адекватан инструмент, са одличним психометријским својствима па је од почетка примене обрађен на чак 37 различитих језика. Нове језичке верзије и адаптације инструмента дају на значају RAQoL – у као поузданом алату за мерење квалитета живота у међународним клиничким и ван клиничким испитивањима која укључују особе са РА. Група истраживача (Wilburn et al., 2015) је додатно адаптирала и валидирала инструмент на једанаест језика. Психометријска својства теста су проверена применом

Nottingham Health Profile (NHM) и *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) као упоредним инструментима где је утврђено да нове језичке верзије испуњавају високе психометријске стандарде оргиналне енглеске верзије настале у Великој Британији. Интерна конзистентност се кретала од 0,90 до 0,97, вредност тест – ретест поузданости од 0,85 до 0,99 док се конструктивна валидност адаптираних верзија доказује кроз могућност издвајања подгрупа пацијената са РА које се разликују у односу на тежину болести и стања општег здравља. Прегледом и психометријским анализама 63 истраживачке студије у којима је RAQoL примењен као мера се показало да инструмент има одлична психометријска својства, унутрашњу конзистентност, поновљивост и валидност конструкције (Heaney et al., 2017). Прегледном студијом је показана осетљивост инструмента на промене у клиничким и неклиничким интервенцијама те се може користити у широком спектру истраживања укључујући интервентне, корелационе и неексперименталне студије, као и у обради великог броја података. Према доказима још једне прегледне студије (Lee et al., 2014) сугерише се да је RAQoL поуздан и најбоље оцењен инструмент међу девет примењених и анализираних инструмената за процену квалитета живота у вези са здрављем код особа са РА. Студијом којом је обухваћен нешто мањи број идентификованих истраживања (тридесет седам) према квалитету методологије и процесу психометријске евалуације као и квалитету мерних особина постоје позитивни докази у смислу поузданости, грешке у мерењу, као и умерено позитивни докази у погледу доказивања хипотезе и респонсивности RAQoL упитника. Докази о унутрашњој конзистентности и структуралној валидности су делимично ограничени с обзиром на број упоредних инструмената.

Инструментом RAQoL се процењује успешност третмана из перспективе пацијената са РА мерећи исходе кроз питања из домена важних за ове особе. У складу са тим садржај упитника је конструисан на основу детаљних квалитативних интервјуа са циљем да се истражи утицај РА на квалитет живота ових особа. RAQoL је заснован на јасном теоријском конструкту према коме се квалитет живота одређује на основу способности да индивидуа задовољи своје потребе (De Jong et al., 1997; Hunt & McKenna, 1992). Овај инструмент је применљив и код других реуматских болести као што је анкилозирајући спондилитис, псоријатични артритис, системски еритематозни лупус и остеоартритис. За имплементацију у нашој средини RAQoL упитник је преведен, адаптиран и валидиран (Zlatkovic Svenda et al., 2017). Психометријска својства упитника, поузданост и ваљаност конструкције испитивана су инструментом *Nottingham Health Profile* као компаративном скалом. Утврђене су умерено високе корелације између RAQoL и NHP у ајтемима који се односе на мобилност, ниво бола и активност. Упитник има високу унутрашњу конзистентност мерену Кронбаховим коефицијентом α који износи 0,94 и вредност тест-ретест поузданости је 0,92. Према томе, српска верзија RAQoL је валидан и релијабилан инструмент за мерење квалитета живота пацијената са РА и као такав се препоручује у клиничкој пракси и студијским истраживањима.

Упитник RAQoL садржи 30 питања која се односе на специфичне активности свакодневног живота и квалитета живота на које испитаник одговара са **да** или **не**. Сабирањем **да** одговора добија се коначни резултат који може бити од 0-30 где виши скор указује на лошији квалитет живота испитаника са артритисом. За попуњавање упитника потребно је до 10 минута, као и за администрацију и не захтева посебну обученост испитивача.

Применили смо инструменте процене како бисмо анализирали социјално учешће особа са РА у широком спектру друштвених улога као и карактеристике квалитета живота специфично код артритиса. Податке смо прикупили и инструментима који се могу генерално сврстати у три поља: инструменти за процену активности болести (процес), оштећења

зглобова (структуралне промене) и функционална оштећења. Ови инструменти су конструисани тако да процењују различите домене болести РА на различите начине и у циљу прикупљања података неопходних за научна истраживања, клиничку праксу или клиничка испитивања. Најчешћа примена различитих батерија процене је у циљу планирања најефикаснијег третмана (према циљу), како би он био под контролом и по потреби коригован применом одговарајућих инструмената у неком временском периоду. Међутим, све три области обухваћене проценом - активност болести, оштећења и функција су у вези, имају утицај једна на другу и појединачно или укупно утичу на најважнији исход РА - квалитет живота (Aletaha & Smolen, 2015) и уједно на социјалну партиципацију особа са РА што је у фокусу интересовања овог истраживања.

Мишљења смо да је важно да се применом наведених мерних инструмената (Упитник за процену здравственог стања, Упитник о учешћу у друштвеној улози и Упитник о квалитету живота код реуматоидног артритиса) прикупљају подаци кроз самоизвештавање тачније са становишта особе која има артритис и како она доживљава могуће потешкоће у функционалној, социјалној сфери или у укупном квалитету живота.

3.4.3. Интерна конзистентност инструмената

У табели 9. приказана је интерна конзистентност инструмената коришћених за прикупљање података у истраживању. Упоредо је израчуната и средња вредност корелације између ставки.

Табела 9. *Интерна конзистентност примењених инструмената*

Инструменти процене	Број ајтема	Кронбах α	Корелација ^а
Health Assessment Questionnaire (HAQ)	20	0,915	0,352
Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL)	30	0,882	0,212
SRPQ Значај/важност улоге	12	0,747	0,212
SRPQ Ограничење улоге	12	0,911	0,499
SRPQ Задовољство вршењем улоге	12	0,950	0,654

^а Средња вредност корелације између ставки.

Примењени инструменти имају добру до одличну унутрашњу сагласност (Табела 9). Најнижу вредност Кронбаховог коефицијента α има подскала *Значај/важност улоге* из упитника SRPQ ($\alpha = 0,715$), а највишу вредност има подскала *Задовољство вршењем улоге* из истог упитника ($\alpha = 0,950$).

3.5. Тип и методе истраживања

Истраживање је спроведено као *неекспериментална, опсервациона студија пресека*, где су испитаници били укључени редом по јављању у здравствену установу. У односу на проблем, спроведено истраживање је *експлоративно*, а према својој намени *фундаментално* или базично истраживање.

У оквиру рада је примењена *метода теоријске анализе* са циљем постављања теоријске основе истраживања, проблема истраживања и истицања предмета истраживања, као и дефинисања основних појмова, циља и хипотеза истраживања. Применом теоријске анализе и *методом дескрипције* су обрађени научни радови и студије, монографије. Исто тако, ове метода је примењена у интерпретацији добијених резултата и компарацији резултата. Резултати добијени спроведеним истраживањем обрађени су статистичким методом.

3.6. Статистичка обрада података

У обради података коришћене су одређене методе дескриптивне и инференцијалне статистике. Анализа и обрада података вршене су помоћу пакета намењеног статистичкој обради података за друштвене науке (*Statistical Package for the Social Sciences – SPSS™ for Windows, version 23.0, 2015*). Добијени резултати су приказани табеларно. Најважнији резултати истраживања су презентовани према постављеним истраживачким хипотезама.

У делу прелиминарних анализа израчунат је Кронбахов коефицијент α и средња вредност корелације између ставки за сваки од примењених инструмената. Добијене вредности коефицијента су тумачене према следећим смерницама: $\alpha \geq 0,9$ *одлична*, $0,7 \leq \alpha \leq 0,9$ *добра*, $0,6 \leq \alpha \leq 0,7$ *прихватљива*, $0,5 \leq \alpha \leq 0,6$ *слаба* и $\alpha < 0,5$ *неприхватљива*, док оптималне средње вредности корелације између ставки износе између 0,2 и 0,4. Испитана је и нормалност дистрибуција резултата применом Колмоговор-Смирнов теста. Расподеле постигнућа на примењеним инструментима процене су описно приказане кроз одговарајуће мере облика расподеле.

Пре одабира и примене статистичких техника за поређење група и истраживање веза између променљивих, обављене су прелиминарне анализе да би се испитало да ли су претпоставке о нормалности расподеле, линеарности и хомогености варијансе нарушене. У случају да није потврђена нормалност дистрибуције, аритметичка средина и стандардна девијација су навођене у дескриптивне сврхе. У складу са препорукама, непараметријске технике су одабране онда када су прелиминарне анализе показале да одређени предуслови примене параметријске статистике нису испуњени. За све статистичке анализе је задат α ниво од 0,05. Бонферони корекција α вредности је начињена приликом вишеструких поређења резултата према броју планираних поређења.

Од дескриптивних статистичких мера, коришћене су апсолутна фреквенца, проценат, медијана, аритметичка средина, минимум и максимум, интерквartilно одступање, стандардна девијација, стандардна грешка и варијанса.

Статистичка значајност разлика између независних група субјеката на непрекидној скали, односно на нумеричкој варијабли, испитана је Студентовим t -тестом независних узорака уз η^2 као величину утицаја који је даље класификован као мали утицај (0,01), умерен утицај (0,06) и велики или јак утицај. Ман-Витнијев U -тест је коришћен за планирано поређење група уз накнадно утврђивање величине утицаја r . Јачина везе је, у том случају, приказана кроз величину утицаја који је класификован као мали (0,10–0,29), умерени (0,30–0,49) или велики утицај (0,50–1,00). Крускал-Волисов H -тест је коришћен за поређење резултата различитих група уз накнадну примену Ман-Витнијевог U -теста. Једнофакторска анализа варијансе је примењена за поређење просечних постигнућа испитаника различитих подгрупа, уз накнадна поређења помоћу Тукеу-евог HSD теста и η^2 као величину утицаја.

Веза или однос између непрекидних варијабли је изражена коефицијентом Спирманове корелација ранга (ρ), који је даље класификован као: мала или ниска (0,10–0,29), средња или умерена (0,30–0,49) и јака или висока повезаност (изнад 0,50).

За потребе једног броја анализа, односно за утврђивање значајности разлика у постигнућима, из целокупног узорка су искључене оне подгрупе које су имале три или мање испитаника. Испитаници са недостајућим подацима су икључивани из анализа појединачно.

3.6.1 Нормалност дистрибуције резултата

У делу прелиминарних анализа је процењена нормалност дистрибуције података. Утврђени су показатељи закривљености расподеле и нормалности дистрибуције.

Показатељи закривљености расподеле и нормалности дистрибуције резултата на HAQ инструменту су дати у Табели 10. Претпоставке о нормалности расподеле резултата на HAQ инструменту нису потврђене. Позитивне вредности асиметрије су нађене у свих осам категорија, као и код укупног HAQ скорa. Оваква дистрибуција показује да је већина HAQ резултата у наведеним категоријама и код укупног скорa међу мањим вредностима. Кад је реч о спљоштености расподеле, доминирају позитивне вредности које указују на већу концентрацију резултата око аритметичке средине. У правцу негативне спљоштености иду резултати следећих HAQ категорија: *Устајање* и *Лична хигијена*.

Табела 10. *Дескриптори закривљености расподеле и нормалности дистрибуције резултата на инструменту Health Assessment Questionnaire (HAQ)*

HAQ	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>Var.</i>	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>	<i>K-S</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Облачење и лична нега	0,38	0,00	0,31	0,56	1,10	0,25	0,405	60	< 0,001
Устајање	0,25	0,00	0,19	0,44	1,18	-0,62	0,467	60	< 0,001
Исхрана	0,77	0,50	0,93	0,96	1,20	0,52	0,287	60	< 0,001
Ход	0,20	0,00	0,20	0,44	2,12	3,96	0,491	60	< 0,001
Лична хигијена	0,53	0,00	0,59	0,77	1,04	-0,49	0,389	60	< 0,001
Дохватање предмета	0,47	0,00	0,39	0,62	1,43	3,08	0,356	60	< 0,001
Хватање	0,47	0,00	0,49	0,70	1,50	2,03	0,381	60	< 0,001
Активности	0,57	0,50	0,45	0,67	1,47	3,62	0,300	60	< 0,001
HAQ скор	0,47	0,38	0,25	0,50	1,17	1,49	0,172	60	< 0,001

Напомена: *Var.* – Варијанса; *Sk* – скјунис; *Ku* – куртозис; *KS* – Колмоговор-Смирнов статистик.

Показатељи закривљености расподеле и нормалности дистрибуције резултата на RAQoL инструменту су дати у Табели 11. Претпоставке о нормалности расподеле укупног скорa на RAQoL инструменту нису потврђене. Позитивна вредност асиметрије показује да је већина RAQoL резултата код укупног скорa међу мањим вредностима. Позитивна вредност спљоштености расподеле указује на већу концентрацију резултата око аритметичке средине.

Табела 11. *Дескриптори закривљености расподеле и нормалности дистрибуције резултата на инструменту Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL)*

RAQoL	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>Var.</i>	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>	<i>K-S</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Укупан скор	4,23	3,00	21,74	4,66	1,57	2,24	0,182	60	< 0,001

Напомена: Вар. – Варијанса; Sk – скјунис; Ku – куртозис; KS – Колмоговор-Смирнов статистик.

Показатељи закривљености расподеле и нормалности дистрибуције резултата на SRPQ инструменту су дати у Табели 12. Претпоставке о нормалности расподеле резултата на SRPQ инструменту су потврђене за подскеле *Значај / важност улоге* и *Задовољство вршењем улоге*, док за подскалу *Ограничење улоге* нису потврђене. Негативне вредности асиметрије и позитивне вредности спљоштености које су нађене код подскеле *Значај/важност улоге* показују да је већина тих резултата међу већим вредностима уз већу концентрацију случајева око аритметичке средине. Позитивне вредности асиметрије и негативне вредности спљоштености које су нађене код подскеле *Ограничење улоге* показују да је већина тих резултата међу нижим вредностима уз већу концентрацију случајева на крајевима расподеле. Негативне вредности асиметрије и негативне вредности спљоштености које су нађене код подскеле *Задовољство вршењем улоге* показују да је већина тих резултата међу већим вредностима уз већу концентрацију случајева на крајевима расподеле.

Табела 12. *Дескриптори закривљености расподеле и нормалности дистрибуције резултата на инструменту Social Role Participation Questionnaire (SRPQ)*

SRPQ	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>Var.</i>	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>	<i>K-S</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Значај/важност улоге	3,80	3,83	0,27	0,52	-0,46	0,34	0,113	60	0,054
Ограничење улоге	1,58	1,52	0,19	0,43	0,56	-0,51	0,142	60	0,004
Задовољство вршењем улоге	3,69	3,70	0,32	0,57	-0,21	-0,09	0,073	60	0,200

Напомена: Вар. – Варијанса; Sk – скјунис; Ku – куртозис; KS – Колмоговор-Смирнов статистик.

Показатељи закривљености расподеле и нормалности дистрибуције активност болести резултата испитаника су дати у Табели 13. Претпоставке о нормалности расподеле су потврђене за DAS28 вредности, док за CDAI вредности нису потврђене.

Позитивне вредности асиметрије и позитивне вредности спљоштености које су нађене код обе вредности показују да је већина тих резултата међу нижим вредностима уз већу концентрацију случајева око аритметичке средине.

Табела 13. *Дескриптори закривљености расподеле и нормалности дистрибуције Активност болести*

Активност болести	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>Var.</i>	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>	<i>K-S</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
DAS28	2,30	2,16	1,38	1,18	0,94	1,82	0,102	60	0,192
CDAI – Клинички индекс активности болести	3,10	1,00	20,9 4	4,58	2,76	10,32	0,249	60	< 0,001

Напомена: Вар. – Варијанса; Sk – скјунис; Ku – куртозис; KS – Колмоговор-Смирнов статистик.

IV РЕЗУЛТАТИ

Дистрибуција одговора испитаника на појединачним ставкама НАQ упитника је приказана у Табели 14. Без потешкоћа највећи број испитаника, њих 59 (98%), одврће и заврће славине, односно њих 53 (88%) седа и устаје са WC шоље. Са потешкоћама највећи број испитаника, њих 28 (47%), се бави кућним пословима, усисава или ради у башти. Са много потешкоћа, по троје (5%) испитаника сече месо, отвора ново паковање млека и отвора већ отворене тегле. Укупно шест (10%) испитаника не може да отвори ново паковање млека.

Табела 14. Дистрибуција одговора испитаника на појединачним ставкама упитника *Health Assessment Questionnaire (HAQ)*

Можете ли да...	Без потешкоћа	Са потешкоћама	Са много потешкоћа	Не могу да извршим
... се сами обучете укључујући и везивање пертли и закопчавање дугмади?	41 (68,3)	18 (30,0)	1 (1,7)	0 (0,0)
Можете ли сами да оперете косу?	43 (71,7)	15 (25,0)	2 (3,3)	0 (0,0)
... устанете са столице без наслона за руке?	46 (76,7)	14 (23,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
... легнете или устанете из кревета?	50 (83,3)	10 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
... сечете месо?	44 (73,3)	13 (21,7)	3 (5,0)	0 (0,0)
... подигнете пуну шољу или чашу до уста?	51 (85,0)	9 (15,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
... отворите ново паковање млека?	33 (55,0)	18 (30,0)	3 (5,0)	6 (10,0)
... ходате напољу по равној подлози?	53 (88,3)	7 (11,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
... се попнете уз пет степеника?	51 (85,0)	8 (13,3)	1 (1,7)	0 (0,0)
... оперете и обришете цело тело?	43 (71,7)	17 (28,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
... се сами окупате?	50 (83,3)	10 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
... седнете и устанете са WC шоље?	53 (88,3)	7 (11,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
... дохватите и спустите предмет тежине 2.5кг (нпр. кесу шећера) који је непосредно изнад Ваше главе?	45 (75,0)	13 (21,7)	1 (1,7)	1 (1,7)
... се сагнете и дохватите одећу са пода?	43 (71,7)	17 (28,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
... отворите врата од аутомобила?	51 (85,0)	9 (15,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
... отворите већ отворене тегле?	44 (73,3)	12 (20,0)	3 (5,0)	1 (1,7)
... одврћете и заврћете славине?	59 (98,3)	1 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
... завршавате ситне обавезе ван куће и идете у куповину?	49 (81,7)	10 (16,7)	0 (0,0)	1 (1,7)
... улазите и излазите из аутомобила?	48 (80,0)	11 (18,3)	0 (0,0)	1 (1,7)
... се бавите кућним пословима, усисавате или радите у башти?	32 (53,3)	28 (46,7)	0 (0,0)	0 (0,0)

Напомена: Подаци су дати у формату *n (%)*.

Дистрибуција одговора испитаника на појединачним категоријама упитника НАQ упитника је приказана у Табели 15. Без потешкоћа највећи број испитаника, њих 49 (82%), извршава активности из категорије *Ход*, док њих 45 (75%) извршава активности из категорије *Устајање*. Са потешкоћама највећи број испитаника, њих 28 (47%), се бави *Активностима*. Са много потешкоћа, укупно 10 (17%) испитаника обавља активности из категорије *Лична хигијена*. Укупно шест (10%) испитаника не може да изврши активности из категорије *Исхрана*.

Табела 15. *Дистрибуција одговора испитаника на појединачним категоријама упитника Health Assessment Questionnaire (НАQ)*

НАQ категорије	Без потешкоћа	Са потешкоћама	Са много потешкоћа	Не могу да извршим
Облачење и лична нега	39 (65,0)	19 (31,7)	2 (3,3)	0 (0,0)
Устајање	45 (75,0)	15 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Исхрана	30 (50,0)	20 (33,3)	4 (6,7)	6 (10,0)
Ход	49 (81,7)	10 (16,7)	1 (1,7)	0 (0,0)
Лична хигијена	38 (63,3)	12 (20,0)	10 (16,7)	0 (0,0)
Дохватање предмета	35 (58,3)	23 (38,3)	1 (1,7)	1 (1,7)
Хватање	38 (63,3)	17 (28,3)	4 (6,7)	1 (1,7)
Активности	30 (50,0)	28 (46,7)	0 (0,0)	2 (3,3)

Напомена: Подаци су дати у формату *n (%)*.

Дистрибуција одговора испитаника на питање о помагалима или направама које се обично користе при обављању активности набројаних у НАQ упитнику је приказана у Табели 16. Највећи број испитаника, њих шест (10%), користи помагала са продуженом дршком за купатило (нпр. четка са продуженом дршком), док њих двоје (3%) користи седиште за каду. По један (2%) испитаник је потврдио да користи рам за ходање, штаке, издигнуто седиште *ws* шоље, отварач за тегле (за тегле које су већ отворене) или друго.

Табела 16. Дистрибуција одговора испитаника на питање о помагалима или направама које се обично користе при обављању активности набројаних у Health Assessment Questionnaire (HAQ) упитнику

Помагала за обављање активности	Не користи		Користи	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Шап	60	100,0	0	0,0
Рам за ходање	59	98,3	1	1,7
Штаке	59	98,3	1	1,7
Инвалидска колица	60	100,0	0	0,0
Помагала за облачење	60	100,0	0	0,0
Посебна/направљена помагала	60	100,0	0	0,0
Посебна/направљена столица	60	100,0	0	0,0
Друго	60	100,0	0	0,0
Издигнуто седиште WC шоље	59	98,3	1	1,7
Седиште за каду	58	96,7	2	3,3
Отварач за тегле (за тегле које су већ отворене)	59	98,3	1	1,7
Шипка за придржавање у кади ^а	57	95,0	2	3,3
Помагала за дохватање предмета са продуженом дршком	60	100,0	0	0,0
Помагала са продуженом дршком за купатило (нпр. четка са продуженом дршком)	54	90,0	6	10,0
Друго	59	98,3	1	1,7

^аНедостајући подаци: *n* (%) = 1 (1,7).

Дистрибуција одговора испитаника на питање о помоћи друге особе при обављању активности набројаних у HAQ упитнику је приказана у Табели 17. Највећи број испитаника, свих 60 (100%), не користи помоћ друге особе при обављању активности из следећих категорија: *Облачење и лична нега, Устајање, Лична хигијена и Хватање и отварање предмета*. По један (2%) испитаник је потврдио да користи помоћ друге особе при следећим активностима: *Исхрана, Ходање, Дохватање предмета и Завршавање ситних обавеза и домаћи послови*.

Табела 17. Дистрибуција одговора испитаника на питање о помоћи друге особе при обављању активности набројаних у Health Assessment Questionnaire (HAQ) упитнику

Помоћ друге особе	Не користи		Користи	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Облачење и лична нега	60	100,0	0	0,0
Устајање	60	100,0	0	0,0
Исхрана	59	98,3	1	1,7
Ходање	59	98,3	1	1,7
Лична хигијена	60	100,0	0	0,0
Дохватање предмета	59	98,3	1	1,7
Хватање и отварање предмета	60	100,0	0	0,0
Завршавање ситних обавеза и домаћи послови	59	98,3	1	1,7

Дескриптивни показатељи постигнућа испитаника на HAQ упитнику су дати у Табели 18. Према резултатима, највећи просечни скорови функцијске неспособности су забележени у категоријама *Исхрана* и *Активности* износе 0,77 ($SD = 0,96$), односно 0,57 ($SD = 0,67$). Са друге стране, најнижи просечни скорови функцијске неспособности су забележени у категоријама *Устајање* и *Ход* износе 0,25 ($SD = 0,44$), односно 0,20 ($SD = 0,44$). HAQ индекс просечно износи 0,47 ($SD = 0,50$), а креће се у распону од 0,00 до 2,25.

Табела 18. Дескриптивне мере постигнућа испитаника на упитнику Health Assessment Questionnaire (HAQ)

HAQ скорови	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Облачење и лична нега	0,38	0,56	0,07	0,00	1,00	0,00	2,00
Устајање	0,25	0,44	0,06	0,00	0,75	0,00	1,00
Исхрана	0,77	0,96	0,12	0,50	1,00	0,00	3,00
Ход	0,20	0,44	0,06	0,00	0,00	0,00	2,00
Лична хигијена	0,53	0,77	0,10	0,00	1,00	0,00	2,00
Дохватање предмета	0,47	0,62	0,08	0,00	1,00	0,00	3,00
Хватање	0,47	0,70	0,09	0,00	1,00	0,00	3,00
Активности	0,57	0,67	0,09	0,50	1,00	0,00	3,00
HAQ индекс	0,47	0,50	0,06	0,38	0,84	0,00	2,25

Напомена: Виши скор указује на мању функцијску способност.

Дистрибуција испитаника према степену функцијске неспособности (према HAQ индексу) је приказана у Табели 19. Нормалну функцијску способност, која указује на самостално и потпуно извођење активности свакодневног живота, има 19 (32%) испитаника. Највећи број испитаника, 34 (57%), има умерену неспособност која указује на лако смањење активности свакодневног живота. Тежу неспособност, која указује на теже смањење активности свакодневног живота, има шест (10%) испитаника. Потпуну функцијску неспособност, која указује да је пацијент потпуно зависан од туђе помоћи у активностима свакодневног живота, има један (2%) испитаник.

Табела 19. Дистрибуција одговора испитаника на питање о помоћи друге особе при обављању активности набројаних у Health Assessment Questionnaire (HAQ) упитнику

HAQ групе - три нивоа неспособности (HAQ индекс)	<i>n</i>	%
Нормална функцијска способност (0,000)	19	31,7
Умерена неспособност (0,125–1,000)	34	56,7
Тежа неспособност (1,125–2,000)	6	10,0
Потпуна функцијска неспособност (2,125–3,000)	1	1,7

Дистрибуција одговора испитаника на питања из RAQoL упитника је приказана у Табели 20. Највећи број испитаника, њих 33 (55%), је потврдио да им треба више времена да обаве кућне послове. Даље, 30 (50%) испитаника је потврдило да тешко налази удобну обућу која им се допада, док је по 15 (25%) испитаника изјавило да због свог стања избегава гужве, односнода им је тешко да дуго ходају и да избегавају да се рукују са људима. Са друге стране, највећи број испитаника, њих 59 (98%) је негирао да неспособаност да учествују у активностима са породицом и пријатељима, а њих 58 (97%) је негирало да се љути на себе.

Табела 20. Дистрибуција одговора испитаника на упитнику *Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL)*

Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL)	Не		Да	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1. Морам да идем на спавање раније него што бих то желео/ла	54	90,0	6	10,0
2. Плашим се да ме други додирну	56	93,3	4	6,7
3. Тешко налазим удобну обућу која ми се допада	30	50,0	30	50,0
4. Због свог стања избегавам гужве	45	75,0	15	25,0
5. Имам потешкоћа када се облачим	48	80,0	12	20,0
6. Тешко ми је да одем до продавнице	56	93,3	4	6,7
7. Треба ми више времена да обавим кућне послове	27	45,0	33	55,0
8. Понекад имам проблеме при коришћењу тоалета	55	91,7	5	8,3
9. Често сам изнервиран	54	90,0	6	10,0
10. Често морам да прекинем оно што радим да бих се одморио/ла	47	78,3	13	21,7
11. Имам потешкоћа при коришћењу ножа и виљушке	47	78,3	13	21,7
12. Тешко се концентришем	51	85,0	9	15,0
13. Понекад само желим да ме оставе на миру	47	78,3	13	21,7
14. Тешко ми је да дуго ходам	45	75,0	15	25,0
15. Избегавам да се рукујем са људима	45	75,0	15	25,0
16. Често сам депресиван/на	57	95,0	3	5,0
17. Неспособан/на сам да учествујем у активностима са породицом и пријатељима	59	98,3	1	1,7
18. Имам потешкоће при купању/туширању	50	83,3	10	16,7
19. Понекад се добро исплачем због свог стања	55	91,7	5	8,3
20. Моје стање ограничава места на која могу да идем	51	85,0	9	15,0
21. Замара ме све што радим	51	85,0	9	15,0
22. Осећам да зависим од других људи	54	90,0	6	10,0
23. Стално размишљам о својој болести	56	93,3	4	6,7
24. Често се љутим на себе	58	96,7	2	3,3
25. Превише ми је напорно да излазим и виђам се са људима	57	95,0	3	5,0
26. Лоше спавам ноћу	55	91,7	5	8,3
27. Тешко ми је да бринем о ближњима	57	95,0	3	5,0
28. Осећам да не могу да контролишем своју болест	57	95,0	3	5,0
29. Избегавам физички контакт	57	95,0	3	5,0
30. Ограничен/а сам у избору одеће коју могу да носим	57	95,0	3	5,0

Дескриптивни показатељи постигнућа испитаника на RAQoL упитнику су дати у Табели 21. Према резултатима, просечан RAQoL скор износи 4,23 ($SD = 4,66$), а креће се у распону од 0,00 до 19,00 од могућих максималних 30.

Табела 21. *Дескриптивне мере постигнућа испитаника на упитнику Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL)*

Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL) скор	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
	4,23	4,66	0,60	3,00	5,00	0,00	19,00

Напомена: Виши скор указује на нижи квалитет живота.

Дистрибуција одговора испитаника на појединачним ставкама SRPQ упитника из димензије *Значај/важност улоге* је приказана у Табели 22. Највећи број испитаника, њих 21 (35%), је изјавио да им није важно да похађају школу или да наставе образовање. Са друге стране, највећи број испитаника, њих 32 (53%) је изјавио да им је важно да имају децу/пасторке/унучад.

Табела 22. *Дистрибуција одговора испитаника на појединачним ставкама упитника Social Role Participation Questionnaire (SRPQ) из димензије Значај/важност улоге*

У којој мери...	Уопште ми није важно	Мало	Донекле	Веома	Изузетно важно
... Вам је важно да учествујете у физичким активностима у слободно време (нпр. баштованство, фитнес, спорт)?	0 (0,0)	1 (1,7)	14 (23,3)	22 (36,7)	22 (38,3)
... Вам је важно да учествујете у хобијима (нпр. штрикање, читање, обрада дрвета, гледање ТВ)?	0 (0,0)	2 (3,3)	11 (18,3)	39 (65,0)	8 (13,3)
... Вам је важно да учествујете у заједници, верским или културним догађајима (нпр. одлазак у цркву, клуб, волонтирање, концерти)?	4 (6,7)	9 (15,0)	20 (33,3)	20 (33,3)	7 (11,7)
... Вам је важно да планирате и учествујете у друштвеним догађајима (нпр. да Вам дођу пријатељи/породица у госте или изађете на вечеру/кафу са пријатељима, одете у биоскоп)?	0 (0,0)	4 (6,7)	4 (6,7)	32 (53,3)	20 (33,3)
... су Вам важни други облици свакодневних контаката са људима (нпр. разговори телефоном, ћаскање са комшијама, е-маил, друштвене мреже)?	4 (6,7)	3 (5,0)	22 (36,7)	23 (38,3)	8 (13,3)
... Вам је важно да можете да путујете или одете на одмор (нпр. путовање ради посете породици, пријатељима, обилазак нових дестинација, путовање колима, авионом, аутобусом, итд.)?	1 (1,7)	4 (6,7)	7 (11,7)	19 (31,7)	29 (48,3)
... Вам је важно да сада имате плаћени посао?	7 (11,7)	7 (11,7)	10 (16,7)	19 (31,7)	17 (28,3)
... Вам је важно да похађате школу или да наставите образовање?	21 (35,0)	14 (23,3)	7 (11,7)	11 (18,3)	7 (11,7)
... Вам је важно да имате блиску везу?	5 (8,3)	5 (8,3)	9 (15,0)	24 (40,0)	17 (28,3)
... Вам је важно да имате децу/пасторке/унучад? ^a	2 (3,3)	2 (3,3)	3 (5,0)	16 (26,7)	32 (53,3)

... Вам је важан однос са другим члановима породице?	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (13,3)	24 (40,0)	28 (46,7)
... Вам је важно да потпуно учествујете у свим аспектима живота (нпр. друштвени догађаји, плаћен рад, породични односи, физичке активности, хоби), узимајући све у обзир?	0 (0,0)	1 (1,7)	6 (10,0)	33 (55,0)	20 (33,3)

Напомена: Подаци су дати у формату n (%).
а Недостајући подаци: n (%) = 5 (8,3)

Дистрибуција одговора испитаника на појединачним ставкама SRPQ упитника из димензије *Ограничење улоге* је приказана у Табели 23. Највећи број испитаника, њих 46 (77%), ј-е изјавио да нема физичких потешкоћа када одржава свакодневне контакте с људима. Са друге стране, највећи број испитаника, њих 10 (17%) је изјавио да има многофизичких потешкоћа учествујући у свим аспектима живота. Пет (8%) испитаника није у могућности да путује или одлази на одмор.

Табела 23. Дистрибуција одговора испитаника на појединачним ставкама упитника *Social Role Participation Questionnaire (SRPQ)* из димензије *Ограничење улоге*

Колико физичких потешкоћа имате...	Без тешкоћа	Мало тешкоћа	Много тешкоћа	Нисам у могућности
... када учествујете у слободним физичким активностима?	19 (31,7)	36 (60,0)	5 (8,3)	0 (0,0)
... када учествујете у хобијима?	37 (61,7)	19 (31,7)	3 (5,0)	1 (1,7)
... када учествујете у заједници, у верским или културним догађајима?	33 (55,0)	21 (35,0)	4 (6,7)	2 (3,3)
... када планирате и учествујете у друштвеним догађајима?	37 (61,7)	19 (31,7)	3 (5,0)	1 (1,7)
... када одржавате свакодневне контакте с људима?	46 (76,7)	12 (20,0)	1 (1,7)	1 (1,7)
... када путујете или одлазите на одмор?	31 (51,7)	16 (26,7)	8 (13,3)	5 (8,3)
... при обављању плаћеног посла? ^а	12 (20,0)	18 (30,0)	6 (10,0)	0 (0,0)
... да похађате школу или наставите образовање? ^б	13 (21,7)	4 (6,7)	1 (1,7)	0 (0,0)
... у Вашем интимном односу са партнером, супругом или другом битном особом за Вас? ^в	26 (43,3)	11 (18,3)	1 (1,7)	0 (0,0)
...у активностима везаним за децу/пасторке/унуке? ^г	21 (35,0)	15 (25,0)	8 (13,3)	0 (0,0)
... се ангажујете у активностима са другим члановима породице?	40 (66,7)	17 (28,3)	3 (5,0)	0 (0,0)
... учествујући у свим аспектима Вашег живота, узимајући све у обзир?	13 (21,7)	36 (60,0)	10 (16,7)	1 (1,7)

Напомена: Подаци су дати у формату n (%).

^а Недостајући подаци: n (%) = 24 (40,0).

^б Недостајући подаци: n (%) = 42 (70,0).

^в Недостајући подаци: n (%) = 22 (36,7).

^г Недостајући подаци: n (%) = 16 (26,7).

Дистрибуција одговора испитаника на појединачним ставкама SRPQ упитника из димензије *Задовољство вршењем улоге* је приказана у Табели 24. Највећи број испитаника, њих 23 (38%), је изјавио да им је изузетно задовољан/а врстом односа који може да има са децом/пасторцима/унуцима. Истовремено, 17 (28%) испитаника је изузетно задовољно својим способностима да студира, да се образује и то на начин како жели.

Табела 24. Дистрибуција одговора испитаника на појединачним ставкама упитника *Social Role Participation Questionnaire (SRPQ)* из димензије *Задовољство вршењем улоге*

Колико сте задовољни...	Уопште нисам задовољан	Мало	Донекле	Веома	Изузетно задовољан
... Вашим способностима да учествујете у облицима слободних физичких активности које волите?	2 (3,3)	1 (1,7)	20 (33,3)	25 (41,7)	12 (20,0)
... Вашим способностима да учествујете у хобијима које волите?	2 (3,3)	3 (5,0)	20 (33,3)	25 (41,7)	10 (16,7)
... Вашим способностима да учествујете у различитим догађајима везаним за заједницу, у верским или културним догађајима?	1 (1,7)	9 (15,0)	24 (40,0)	22 (36,7)	4 (6,7)
... Вашим способностима да планирате и присуствујете различитим друштвеним догађајима?	2 (3,3)	1 (1,7)	17 (28,3)	34 (56,7)	6 (10,0)
... облицима свакодневних контаката које сте у могућности да остварите са другим људима?	2 (3,3)	4 (6,7)	20 (33,3)	28 (46,7)	6 (10,0)
... Вашим могућностима (здравственим) да остварите одмор или путовање какво бисте желели?	2 (3,3)	7 (11,7)	23 (38,3)	21 (35,0)	7 (11,7)
... врстом плаћеног посла који можете да добијете (нпр. посао на којем бисте користили вашу обуку/вештине)? ^а	2 (3,3)	0 (0,0)	11 (18,3)	18 (30,0)	4 (6,7)
... Вашим способностима да студирате, образујете се на начин како бисте желели? ^б	1 (1,7)	4 (6,7)	6 (10,0)	6 (10,0)	17 (28,3)
... врстом односа, везе коју можете да остварите са Вашим партнером/супругом? ^в	1 (1,7)	0 (0,0)	7 (11,7)	21 (35,0)	8 (13,3)
... врстом односа који можете да имате с Вашом децом/пасторцима/унуцима? ^г	0 (0,0)	2 (3,3)	3 (5,0)	15 (25,0)	23 (38,3)
... Вашим способностима да остварите однос са члановима породице какав бисте желели?	0 (0,0)	1 (1,7)	14 (23,3)	31 (51,7)	14 (23,3)
... Вашим могућностима да живите на начин како бисте желели, када сагледате све што радите у животу?	1 (1,7)	4 (6,7)	23 (38,3)	25 (41,7)	7 (11,7)

Напомена: Подаци су дати у формату *n (%)*.

^а Недостајући подаци: *n (%)* = 25 (41,7).

^б Недостајући подаци: *n (%)* = 43 (71,7).

^в Недостајући подаци: *n (%)* = 23 (38,3).

^г Недостајући подаци: *n (%)* = 23 (38,3).

Дистрибуција одговора испитаника на допунска питања дата у SRPQ упитнику је приказана у Табели 25.

Табела 25. Дистрибуција одговора испитаника на допунска питања упитника *Social Role Participation Questionnaire (SRPQ)*

Допунска питања упитника Social Role Participation Questionnaire (SRPQ)	Не	Да	Недостајући подаци
Да ли тренутно обављате неки посао за плату?	26 (43,3)	33 (55,0)	1 (1,7)
Ако Не: Да ли је Ваш радни статус у вези са Вашим здрављем?	25 (41,7)	2 (3,3)	33 (55,0)
Да ли се сада школујете (нпр. редовно или допунско, усавршавање вештина за посао, радите на стицању дипломе или вишег степена образовања)?	45 (75,0)	15 (25,0)	/
Ако Не: Да ли је Ваше здравље један од разлога што не похађате школу?	44 (73,3)	1 (1,7)	/
Да ли сте тренутно у интимном или блиском односу са неким (нпр. партнером, супругом, другом битном особом)?	23 (38,3)	36 (60,0)	1 (1,7)
Ако Не: Да ли је то због Вашег здравља?	21 (35,0)	2 (3,3)	37 (61,7)
Да ли имате децу, пасторке или унучад с којима сте у редовном контакту? ^а	12 (20,0)	43 (71,7)	1 (1,7)
Ако Не: Да ли је то због Вашег здравља?	11 (18,3)	1 (1,7)	48 (80,0)

Напомена: Подаци су дати у формату n (%).

^а Без деце: n (%) = 4 (6,7).

Основни дескриптивни показатељи постигнућа испитаника на појединачним ставкама SRPQ упитника из димензије *Значај/важност улоге* су дати у Табели 26. Највећи просечан скор износи 4,35 ($SD = 1,00$) и забележен је на питању о томе у којој мери је важно испитаницима да имају децу/пасторке/унучад, док је просечан скор од 4,33 ($SD = 0,71$) забележен код питања о важности односа са другим члановима породице. Најнижи просечан скор износи 2,48 ($SD = 1,43$) и забележен је на питању о томе у којој мери је важно испитаницима да похађају школу или да наставе образовање.

Табела 26. Основне дескриптивне мере постигнућа испитаника на појединачним ставкама упитника *Social Role Participation Questionnaire (SRPQ)* из димензије *Значај/важност улоге*

У којој мери...	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max
... Вам је важно да учествујете у физичким активностима у слободно време (нпр. баштованство, фитнес, спорт)?	4,12	0,83	2	5
... Вам је важно да учествујете у хобијима (нпр. штрикање, читање, обрада дрвета, гледање ТВ)?	3,88	0,64	2	5
... Вам је важно да учествујете у заједници, верским или културним догађајима (нпр. одлазак у цркву, клуб, волонтирање, концерти)?	3,28	1,08	1	5
... Вам је важно да планирате и учествујете у друштвеним догађајима (нпр. да Вам дођу пријатељи/породица у госте или изађете на вечеру/кафу са пријатељима, одете у биоскоп)?	4,13	0,81	2	5
... су Вам важни други облици свакодневних контаката са људима (нпр. разговори телефоном, ћаскање са комшијама, е-маил, друштвене мреже)?	3,47	1,02	1	5
... Вам је важно да можете да путујете или одете на одмор (нпр. путовање ради посете породици, пријатељима, обилазак нових дестинација, путовање колима, авионом, аутобусом, итд.)?	4,18	1,00	1	5
... Вам је важно да сада имате плаћени посао?	3,53	1,33	1	5
... Вам је важно да похађате школу или да наставите образовање?	2,48	1,43	1	5
... Вам је важно да имате блиску везу?	3,72	1,21	1	5
... Вам је важно да имате децу/пасторке/унучад?	4,35	1,00	1	5
... Вам је важан однос са другим члановима породице?	4,33	0,71	3	5
... Вам је важно да потпуно учествујете у свим аспектима живота (нпр. друштвени догађаји, плаћен рад, породични односи, физичке активности, хоби), узимајући све у обзир?	4,20	0,68	2	5

Основни дескриптивни показатељи постигнућа испитаника на појединачним ставкама SRPQ упитника из димензије *Ограничење улоге* су дати у Табели 27. Највећи просечан скор износи 1,98 ($SD = 0,68$) и забележен је на питању о томе колико физичких потешкоћа имају испитаници учествујући у свим аспектима свог живота, док је просечан скор од 1,83 ($SD = 0,70$) забележен код питања о томе колико физичких потешкоћа имају испитаници при обављању плаћеног посла. Најнижи просечан скор износи 1,28 ($SD = 0,58$) и забележен је на питању о томе колико физичких потешкоћа имају испитаници када одржавају свакодневне контакте с људима.

Табела 27. Основне дескриптивне мере постигнућа испитаника на појединачним ставкама упитника *Social Role Participation Questionnaire (SRPQ)* из димензије *Ограничење улоге*

Колико физичких потешкоћа имате...	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max
... када учествујете у слободним физичким активностима?	1,77	0,56	1	3
... када учествујете у хобијима?	1,47	0,68	1	4
... када учествујете у заједници, у верским или културним догађајима?	1,58	0,77	1	4
... када планирате и учествујете у друштвеним догађајима?	1,47	0,68	1	4
... када одржавате свакодневне контакте с људима?	1,28	0,58	1	4
... када путујете или одлазите на одмор?	1,78	0,98	1	4
... при обављању плаћеног посла?	1,83	0,70	1	3
... да похађате школу или наставите образовање?	1,33	0,59	1	3
... у Вашем интимном односу са партнером, супругом или другом битном особом за Вас?	1,34	0,53	1	3
...у активностима везаним за децу/пасторке/унуке?	1,70	0,76	1	3
... се ангажујете у активностима са другим члановима породице?	1,38	0,58	1	3
... учествујући у свим аспектима Вашег живота, узимајући све у обзир?	1,98	0,68	1	4

Основни дескриптивни показатељи постигнућа испитаника на појединачним ставкама SRPQ упитника из димензије *Задовољство вршењем улоге* су дати у Табели 28. Највећи просечан скор износи 4,37 ($SD = 0,82$) и забележен је на питању о томе колико су испитаници задовољни врстом односа који могу имати са својом децом/пасторцима/унуцима, док је просечан скор од 3,97 ($SD = 0,74$) забележен код питања о томе колико су испитаници задовољни својим способностима да остваре однос са члановима породице какав би желели. Најнижи просечан скор износи 3,32 ($SD = 0,87$) и забележен је на питању о томе колико су испитаници задовољни својим способностима да учествују у различитим догађајима везаним за заједницу, у верским или културним догађајима.

Табела 28. Основне дескриптивне мере постигнућа испитаника на појединачним ставкама упитника *Social Role Participation Questionnaire (SRPQ)* из димензије *Задовољство вршењем улоге*

Колико сте задовољни...	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max
... Вашим способностима да учествујете у облицима слободних физичких активности које волите?	3,73	0,92	1	5
... Вашим способностима да учествујете у хобијима које волите?	3,63	0,94	1	5
... Вашим способностима да учествујете у различитим догађајима везаним за заједницу, у верским или културним догађајима?	3,32	0,87	1	5
... Вашим способностима да планирате и присуствујете различитим друштвеним догађајима?	3,68	0,81	1	5
... облицима свакодневних контаката које сте у могућности да остварите са другим људима?	3,53	0,89	1	5
... Вашим могућностима (здравственим) да остварите одмор или путовање какво бисте желели?	3,40	0,96	1	5
... врстом плаћеног посла који можете да добијете (нпр. посао на којем бисте користили вашу обуку/вештине)?	3,63	0,91	1	5
... Вашим способностима да студирате, образујете се на начин како бисте желели?	3,94	1,09	1	5
... врстом односа, везе коју можете да остварите са Вашим партнером/супругом?	3,95	0,81	1	5
... врстом односа који можете да имате с Вашом децом/пасторцима/унуцима?	4,37	0,82	2	5
... Вашим способностима да остварите однос са члановима породице какав бисте желели?	3,97	0,74	2	5
... Вашим могућностима да живите на начин како бисте желели, када сагледате све што радите у животу?	3,55	0,85	1	5

Дескриптивни показатељи укупног постигнућа испитаника на SRPQ упитнику су дати у Табели 29. Према резултатима, просечан скор у категорији *Значај/важност улоге* износи 3,80 ($SD = 0,52$), а креће се у распону од 2,25 до 4,75. Просечан скор у категорији *Ограничење улоге* износи 1,58 ($SD = 0,43$), а креће се у распону од 1,00 до 2,64. Даље, просечан скор у категорији *Задовољство вршењем улоге* износи 3,69 ($SD = 0,57$), а креће се у распону од 2,27 до 4,89.

Табела 29. *Дескриптивне мере постигнућа испитаника на упитнику Social Role Participation Questionnaire (SRPQ)*

SRPQ скорови	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Значај/важност улоге	3,80	0,52	0,07	3,92	0,62	2,25	4,75
Ограничење улоге	1,58	0,43	0,06	1,52	0,62	1,00	2,64
Задовољство вршењем улоге	3,69	0,57	0,07	3,70	0,79	2,27	4,89

Коначно, SRPQ омогућава израчунавање разлике резултата између значаја или важности улоге и задовољства вршењем улоге. Основни дескриптивни показатељи разлике постигнућа испитаника између димензије *Значај/важност улоге* и димензије *Задовољство вршењем улоге* на појединачним улогама из SRPQ упитника су дати у Табели 30.

Највећа разлика између *Значаја/важности улоге* и *Задовољства вршењем улоге* је нађена код улоге *Путовања или одмор* и просечно износи 0,78 ($SD = 0,82$). Са друге стране, присутне су и разлике које својим негативним предзнаком показују да је *Задовољство вршењем улоге* оцењено већом оценом него *Значај/важност* те исте улоге, па тако разлика код улоге *Свакодневни контакти са људима* износи просечно -0,07 ($SD = 1,06$), односно просечно -0,03 ($SD = 0,92$) код улоге *Активности у заједници, верски или културни догађаји*.

Табела 30. Основни дескриптивни показатељи разлике постигнућа испитаника између димензије Значај/важност улоге и димензије Задовољство вршењем улоге на појединачним улогама упитника *Social Role Participation Questionnaire (SRPQ)*

Social Role Participation Questionnaire (SRPQ) улоге	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max
Слободне физичке активности	0,38	0,96	-1,00	4,00
Хобији	0,25	0,88	-1,00	3,00
Активности у заједници, верски или културни догађаји	-0,03	0,92	-3,00	3,00
Друштвени догађаји	0,45	0,89	-2,00	3,00
Свакодневни контакти са људима	-0,07	1,06	-3,00	3,00
Путовања или одмор	0,78	1,15	-2,00	4,00
Плаћени посао	0,46	1,12	-2,00	3,00
Образовање	0,00	1,41	-3,00	3,00
Блиски односи	0,32	0,82	-2,00	3,00
Односи са децом/пасторцима/унуцима	0,28	0,70	-1,00	3,00
Односи са другим члановима породице	0,37	0,71	-1,00	2,00
Сви аспекти живота	0,65	0,90	-1,00	4,00

Дескриптивни показатељи активности болести DAS28 и CDAI код испитаника су дати у Табели 31. Према резултатима, просечна DAS28 вредност износи 2,30 ($SD = 1,18$), а креће се у распону од 0,14 до 6,44. Просечна CDAI вредност износи 3,10 ($SD = 4,58$), а креће се у распону од 0,00 до 26,00.

Табела 31. Дескриптивне мере активности болести DAS28 и CDAI код испитаника

DAS28 и CDAI – активност болести	<i>M</i>	<i>SD</i>	SE	<i>Md</i>	IQ	Min	Max
				<i>n</i>	R		
DAS28 - Индекс активности болести 28	2,30	1,18	0,15	2,16	1,44	0,14	6,44
CDAI – Клинички индекс активности болести	3,10	4,58	0,59	1,00	5,00	0,00	26,00

Дистрибуција испитаника према CDAI вредности дата је у Табели 32. Према резултатима, највећи број испитаника, њих 36 (60%), припада категорији ремисије, док је 19 (32%) испитаника сврстано у категорију ниске активности.

Табела 32. Дистрибуција испитаника према CDAI вредности

CDAI – Клинички индекс активности болести	<i>n</i>	%
Ниска активност	19	31,7
Умерена активност	4	6,7
Висока активност	1	1,7
Ремисија	36	60,0

Табела 33. Компарација постигнућа испитаника на упитнику *Social Role Participation Questionnaire (SRPQ)* у односу на пол

SRPQ скорови	Пол	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	Компарација
Значај/важност улоге	Мушки	3,62	0,61	3,67	0,90	$t = -1,632, df = 58, p = 0,108$
	Женски	3,87	0,48	3,92	0,50	
Ограничење улоге	Мушки	1,53	0,51	1,38	0,54	$U = 295,500, z = -0,945, p = 0,344$
	Женски	1,60	0,40	1,63	0,66	
Задовољство вршењем улоге	Мушки	3,55	0,73	3,64	1,09	$t = -0,997, df = 20,3, p = 0,330$
	Женски	3,74	0,50	3,70	0,71	

Компарација укупног постигнућа испитаника на SRPQ упитнику у односу на пол је дата у Табели 33. Ни једна од испитиваних разлика није достигла задати ниво статистичке значајности.

Табела 34. *Компарација постигнућа испитаника на упитнику Social Role Participation Questionnaire (SRPQ) у односу на животну доб*

SRPQ скорови	Животна доб	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	Компарација
Значај/ важност улоге	Млађа	4,11	0,42	4,08	0,52	$F = 5,977, df1 = 2, df2 = 57, p = 0,004$
	Средња	3,74	0,58	3,92	0,67	
	Старија	3,55	0,33	3,58	0,42	
Ограничење улоге	Млађа	1,58	0,42	1,52	0,53	$\chi^2 = 0,014, df = 2, p = 0,993$
	Средња	1,58	0,44	1,67	0,82	
	Старија	1,58	0,46	1,50	0,62	
Задовољство вршењем улоге	Млађа	3,90	0,65	4,00	1,04	$F = 1,990, df1 = 2, df2 = 57, p = 0,146$
	Средња	3,64	0,53	3,64	0,67	
	Старија	3,53	0,47	3,56	0,70	

Напомена: Статистички значајне разлике су подебљане.

Компарација укупног постигнућа испитаника на SRPQ упитнику у односу на животну доб је дата у Табели 34. Утврђена је статистички значајна разлика на нивоу $p < 0,01$ у резултатима *Значај/важност улоге* у односу на животну доб, $F(2, 57) = 5,977, p = 0,004$, уз велику јачину утицаја ($\eta^2 = 0,17$). Накнадна поређења помоћу Tukey-евог HSD теста показују да су статистичку значајност достигле разлике између просечних вредности испитаника млађег и средњег животног доба (4,11 према 3,74; $p = 0,039$) и испитаника млађег и старијег животног доба (4,11 према 3,55; $p = 0,004$), док статистичку значајност није достигла разлика између просечних вредности испитаника средњег и старијег животног доба (3,74 према 3,55; $p = 0,427$). Разлике у резултатима *Ограничење улоге* и *Задовољство вршењем улоге* нису достигле задати ниво статистичке значајности.

Табела 35. *Повезаност постигнућа испитаника на упитнику Social Role Participation Questionnaire (SRPQ) и дужине трајања болести*

SRPQ скорови	Дужина трајања болести (месеци)	
	ρ	<i>P</i>
Значај/важност улоге	-0,100	0,445
Ограничење улоге	-0,029	0,826
Задовољство вршењем улоге	-0,122	0,353

Применом Спирманове корелације ранга, није потврђена статистичка значајност повезаности постигнућа испитаника на SRPQ упитнику и дужине трајања болести (Табела 35).

Табела 36. Компарација постигнућа испитаника на упитнику *Social Role Participation Questionnaire (SRPQ)* у односу на активност болести

SRPQ скорови	Активност болести	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	Компарација
Значај/ важност улоге	Ниска	3,48	0,52	3,52	1,00	$F = 3,557, df1 = 2, df2 = 55, p = 0,035$
	Умерена	4,08	0,51	4,04	0,90	
	Ремисија	3,81	0,50	3,91	0,64	
Ограничење улоге	Ниска	1,54	0,40	1,63	0,64	$\chi^2 = 2,709, df = 2, p = 0,258$
	Умерена	1,75	0,44	1,76	0,54	
	Ремисија	1,50	0,39	1,33	0,58	
Задовољство вршењем улоге	Ниска	3,55	0,50	3,63	0,91	$F = 0,986, df1 = 2, df2 = 55, p = 0,379$
	Умерена	3,61	0,60	3,35	0,78	
	Ремисија	3,79	0,54	3,81	0,68	

Напомена: Укупно 2 (3,4%) испитаника из подгрупе високе активности су искључени из анализе. Статистички значајне разлике су подебљане.

Компарација укупног постигнућа испитаника на SRPQ упитнику у односу на активност болести је дата у Табели 36. Утврђена је статистички значајна разлика на нивоу $p < 0,05$ у резултатима *Значај/важност улоге* у односу на активност болести, $F(2, 55) = 3,557, p = 0,035$, уз умерену јачину утицаја ($\eta^2 = 0,11$). Накнадна поређења помоћу Tukey-евог HSD теста показују да је статистичку значајност достигла разлика између просечних вредности испитаника са ниском и испитаника са умереном активношћу болести (3,48 према 4,08; $p = 0,027$), док статистичку значајност нису достигле разлике између просечних вредности испитаника са ниском активношћу болести и испитаника са ремисијом (3,48 према 3,81; $p = 0,171$) као ни између просечних вредности испитаника са умереном активношћу болести и испитаника са ремисијом (4,08 према 3,81; $p = 0,288$). Разлике у резултатима *Ограничење улоге* и *Задовољство вршењем улоге* нису достигле задати ниво статистичке значајности.

Табела 37. Компарација постигнућа испитаника на упитнику *Social Role Participation Questionnaire (SRPQ)* у односу на начин лечења

SRPQ скорови	Начин лечења	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	Компарација
Значај/ важност улоге	Само стандардна терапија	3,64	0,54	3,75	0,67	$t = -2,693, df = 58,$ $p = 0,009$
	Стандардна и биолошка терапија	3,98	0,44	3,92	0,81	
Ограничење улоге	Само стандардна терапија	1,59	0,44	1,50	0,58	$U = 439,500, z = -$ $0,148, p = 0,882$
	Стандардна и биолошка терапија	1,57	0,43	1,55	0,79	
Задовољство вршењем улоге	Само стандардна терапија	3,52	0,60	3,56	0,90	$t = -2,617, df = 58,$ $p = 0,011$
	Стандардна и биолошка терапија	3,88	0,47	3,89	0,61	

Напомена: Статистички значајне разлике су подебљане.

Компарација укупног постигнућа испитаника на SRPQ упитнику у односу на начин лечења је дата у Табели 37. Утврђена је статистички значајна разлика на нивоу $p < 0,01$ у резултатима *Значај/важност улоге* у односу на начин лечења између испитаника који су само на стандардној терапији и испитаника који су на стандардној и биолошкој терапији (3,64 према 3,98; $t(58) = -2,693, p = 0,009$), уз умерену јачину утицаја те разлике ($\eta^2 = 0,11$). Такође, утврђена је статистички значајна разлика на нивоу $p < 0,05$ у резултатима *Задовољство вршењем улоге* у односу на начин лечења између испитаника који су само на стандардној терапији и испитаника који су на стандардној и биолошкој терапији (3,52 према 3,88; $t(58) = -2,617, p = 0,011$), уз умерену јачину утицаја те разлике ($\eta^2 = 0,11$). Разлика у резултатима *Ограничење улоге* није достигла задати ниво статистичке значајности.

Табела 38. Компарација постигнућа испитаника на упитнику *Social Role Participation Questionnaire (SRPQ)* у односу на место боравка

SRPQ скорови	Место боравка	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	Компарација
Значај/важност улоге	Градска средина	3,87	0,51	3,92	0,71	$t = 1,966, df = 58, p = 0,054$
	Сеоска средина	3,53	0,51	3,75	0,58	
Ограничење улоге	Градска средина	1,54	0,42	1,50	0,60	$U = 183,500, z = -1,645, p = 0,100$
	Сеоска средина	1,77	0,45	1,73	0,70	
Задовољство вршењем улоге	Градска средина	3,77	0,57	3,89	0,76	$t = 2,173, df = 58, p = 0,034$
	Сеоска средина	3,37	0,45	3,55	0,50	

Напомена: Статистички значајне разлике су подебљане.

Компарација укупног постигнућа испитаника на SRPQ упитнику у односу на место боравка је дата у Табели 38. Утврђена је статистички значајна разлика на нивоу $p < 0,01$ у резултатима *Задовољство вршењем улоге* у односу на место боравка између испитаника из градске средине и испитаника из сеоске средине (3,77 према 3,37; $t(58) = 2,173, p = 0,034$), уз умерену јачину утицаја те разлике ($\eta^2 = 0,08$). Разлике у резултатима *Значај/важност улоге* и *Ограничење улоге* нису достигле задати ниво статистичке значајности.

Табела 39. Компарација постигнућа испитаника на упитнику *Social Role Participation Questionnaire (SRPQ)* у односу на степен образовања

SRPQ скорови	Степен образовања	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	Компарација
Значај/важност улоге	Средња	3,64	0,49	3,75	0,58	$F = 8,589, df1 = 2, df2 = 53, p = \mathbf{0,001}$
	Виша	3,99	0,37	3,96	0,46	
	Висока	4,23	0,42	4,25	0,73	
Ограничење улоге	Средња	1,59	0,44	1,45	0,73	$\chi^2 = 1,807, df = 2, p = 0,405$
	Виша	1,82	0,52	1,89	1,04	
	Висока	1,49	0,37	1,55	0,67	
Задовољство вршењем улоге	Средња	3,56	0,54	3,60	0,78	$F = 4,004, df1 = 2, df2 = 53, p = \mathbf{0,024}$
	Виша	3,61	0,45	3,45	0,76	
	Висока	4,03	0,50	4,10	0,81	

Напомена: Из анализе је искључен 1 (1,7%) испитаник са непотпуном основном школом и 3 (5,0%) испитаника из категорије *остало*. Статистички значајне разлике су подебљане.

Компарација укупног постигнућа испитаника на SRPQ упитнику у односу на степен образовања је дата у Табели 39. Утврђена је статистички значајна разлика на нивоу $p < 0,01$ у резултатима *Значај/важност улоге* у односу на степен образовања, $F(2, 53) = 8,589, p = 0,001$, уз велику јачину утицаја ($\eta^2 = 0,24$). Накнадна поређења помоћу Tukey-евог HSD теста показују да је статистичку значајност достигла разлика између просечних вредности испитаника са средњим и испитаника са високим нивоом образовања (3,64 према 4,23; $p = 0,001$). Истовремено, статистичку значајност нису достигле разлике између просечних вредности испитаника са средњим и испитаника са вишим нивоом образовања (3,64 према 3,99; $p = 0,203$) као ни разлике између просечних вредности испитаника са вишим и испитаника са високим нивоом образовања (3,99 према 4,23; $p = 0,523$). Даље, утврђена је статистички значајна разлика на нивоу $p < 0,05$ у резултатима *Задовољство вршењем улоге* у односу на степен образовања, $F(2, 53) = 4,004, p = 0,024$, уз умерену јачину утицаја ($\eta^2 = 0,13$). Накнадна поређења помоћу Tukey-евог HSD теста показују да је статистичку значајност достигла разлика између просечних вредности испитаника са средњим и испитаника са високим нивоом образовања (3,56 према 4,0323; $p = 0,019$). Истовремено, статистичку значајност нису достигле разлике између просечних вредности испитаника са средњим и испитаника са вишим нивоом образовања (3,56 према 3,61; $p = 0,973$) као ни разлике између просечних вредности испитаника са вишим и испитаника са високим нивоом образовања (3,61 према 4,03; $p = 0,239$). Разлика у резултатима *Ограничење улоге* у односу на степен образовања није достигла задати ниво статистичке значајности.

Табела 40. Компарација постигнућа испитаника на упитнику *Social Role Participation Questionnaire (SRPQ)* у односу на радни статус

SRPQ скорови	Радни статус	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	Компарација
Значај/ важност улоге	Запослен	3,99	0,56	4,00	0,61	$F = 3,818, df1 = 2, df2 = 57, p = 0,028$
	Незапослен	3,76	0,53	3,91	0,81	
	Пензионер	3,58	0,37	3,58	0,42	
Ограничење улоге	Запослен	1,70	0,43	1,73	0,70	$\chi^2 = 4,508, df = 2, p = 0,105$
	Незапослен	1,48	0,36	1,37	0,57	
	Пензионер	1,48	0,45	1,27	0,67	
Задовољство вршењем улоге	Запослен	3,68	0,64	3,70	0,89	$F = 0,881, df1 = 2, df2 = 57, p = 0,420$
	Незапослен	3,85	0,49	3,94	0,51	
	Пензионер	3,59	0,50	3,56	0,78	

Напомена: Статистички значајне разлике су подебљане.

Компарација укупног постигнућа испитаника на SRPQ упитнику у односу на радни статус је дата у Табели 40. Утврђена је статистички значајна разлика на нивоу $p < 0,05$ у резултатима *Значај/важност улоге* у односу на радни статус, $F(2, 57) = 3,818, p = 0,028$, уз умерену јачину утицаја ($\eta^2 = 0,12$). Накнадна поређења помоћу Tukey-евог HSD теста показују да је статистичку значајност достигла разлика између просечних вредности запослених испитаника и испитаника пензионера (3,99 према 3,58; $p = 0,022$). Истовремено, статистичку значајност нису достигле разлике између просечних вредности запослених испитаника и незапослених испитаника (3,99 према 3,76; $p = 0,366$) као ни разлике између просечних вредности незапослених испитаника и испитаника пензионера (3,76 према 3,58; $p = 0,547$). Разлике у резултатима *Ограничење улоге* и *Задовољство вршењем улоге* нису достигле задати ниво статистичке значајности у односу на радни статус.

Табела 41. Компарација постигнућа испитаника на упитнику *Social Role Participation Questionnaire (SRPQ)* у односу на брачни статус

SRPQ скорови	Брачни статус	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	Компарација
Значај/важност улоге	У браку	3,83	0,48	3,92	0,46	$\chi^2 = 4,872, df = 3, p = 0,181$
	Ванбрачна заједница	3,93	0,74	4,08	1,38	
	Самац/ица	3,86	0,41	3,92	0,67	
	Удовац/а	3,42	0,64	3,33	0,75	
Ограничење улоге	У браку	1,62	0,47	1,63	0,80	$\chi^2 = 3,637, df = 3, p = 0,303$
	Ванбрачна заједница	1,24	0,16	1,20	0,28	
	Самац/ица	1,57	0,43	1,55	0,56	
	Удовац/а	1,57	0,34	1,70	0,60	
Задовољство вршењем улоге	У браку	3,67	0,60	3,62	0,74	$\chi^2 = 2,863, df = 3, p = 0,413$
	Ванбрачна заједница	3,93	0,60	4,20	0,94	
	Самац/ица	3,81	0,53	4,00	0,88	
	Удовац/а	3,49	0,48	3,70	0,89	

Напомена: Из анализе је искључено 3 (5,0%) испитаника из категорије *Разведен/а*.

Компарација укупног постигнућа испитаника на SRPQ упитнику у односу на брачни статус је дата у Табели 41. Ни једна од испитиваних разлика није достигла задати ниво статистичке значајности.

Табела 42. Компарација постигнућа испитаника на упитнику *Social Role Participation Questionnaire (SRPQ)* у односу на породични статус

SRPQ скорови	Породични статус	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	Компарација
Значај/важност улоге	У заједници	3,88	0,57	3,92	0,67	$t = 1,125, df = 58, p = 0,265$
	Самостално	3,73	0,47	3,67	0,65	
Ограничење улоге	У заједници	1,73	0,45	1,73	0,64	$U = 262,000, z = -2,776, p = 0,005$
	Самостално	1,42	0,35	1,27	0,51	
Задовољство вршењем улоге	У заједници	3,59	0,61	3,59	0,73	$t = -1,444, df = 58, p = 0,154$
	Самостално	3,80	0,50	3,89	0,66	

Напомена: Статистички значајне разлике су подебљане.

Компарација укупног постигнућа испитаника на SRPQ упитнику у односу на породични статус ка је дата у Табели 42. Утврђена је статистички значајна разлика на нивоу $p < 0,01$ у резултатима *Ограничење улоге* у односу на породични статус између испитаника који живе у заједници и испитаника који живе самостално (1,73 према 1,27; $U = 262,000, z = -2,776, p = 0,005$), уз умерену јачину утицаја те разлике ($r = 0,36$). Разлике у резултатима *Значај/важност улоге* и *Ограничење улоге* у односу на породични статус нису достигле задати ниво статистичке значајности.

Табела 43. Повезаност постигнућа испитаника на упитнику *Social Role Participation Questionnaire (SRPQ)* и упитнику *Health Assessment Questionnaire (HAQ)* на нивоу целог узорка

НАQ скорови	SRPQ скорови (цео узорак)					
	Значај/важност улоге		Ограничење улоге		Задовољство вршењем улоге	
	ρ	p	ρ	p	ρ	p
Облачење и лична нега	-0,155	0,238	0,337**	0,009	-0,413**	0,001
Устајање	-0,086	0,515	0,410**	0,001	-0,359**	0,005
Исхрана	0,031	0,812	0,280*	0,030	-0,193	0,139
Ход	-0,244	0,060	0,302*	0,019	-0,328*	0,010
Лична хигијена	-0,149	0,256	0,378**	0,003	-0,421**	0,001
Дохватање предмета	-0,184	0,160	0,353**	0,006	-0,420**	0,001
Хватање	-0,086	0,516	0,230	0,077	-0,379**	0,003
Активности	-0,071	0,589	0,411**	0,001	-0,350**	0,006
НАQ индекс	-0,102	0,439	0,426**	0,001	-0,425**	0,001

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

Применом Спирманове корелације ранга, није потврђена статистичка значајност повезаности резултата димензије *Значај/важност улоге* према SRPQ упитнику и скорова функцијске неспособности према НАQ упитнику, односно НАQ индекса (Табела 43). Истовремено, потврђена је статистичка значајност повезаности резултата димензије *Ограничење улоге* према SRPQ упитнику и скорова функцијске неспособности према НАQ упитнику, односно НАQ индекса, са изузетком НАQ сора *Хватање*. Утврђене вредности коефицијената Спирманове корелације ранга указују на позитивну, слабу до умерену повезаност варијабли (ρ између 0,280 и 0,426) тако да мање функцијске способности према НАQ упитнику прате већа ограничења улога према SRPQ упитнику (Табела 43). Са друге стране, потврђена је статистичка значајност повезаности резултата димензије *Задовољство вршењем улоге* према SRPQ упитнику и скорова функцијске неспособности према НАQ упитнику, односно НАQ индекса, са изузетком НАQ сора *Ход*. Утврђене вредности коефицијената Спирманове корелације ранга указују на негативну и умерену повезаност (ρ између -0,328 и -0,425) тако да мање функцијске способности према НАQ упитнику прати мање задовољство вршењем улога према SRPQ упитнику (Табела 43).

Табела 44. Повезаност постигнућа испитаника мушког пола на упитнику *Social Role Participation Questionnaire (SRPQ)* и упитнику *Health Assessment Questionnaire (HAQ)*

HAQ скорови	SRPQ скорови (мушки пол)					
	Значај/важност улоге		Ограничење улоге		Задовољство вршењем улоге	
	ρ	p	ρ	p	ρ	p
Облачење и лична нега	-0,251	0,348	0,440	0,088	-0,595*	0,015
Устајање	0,174	0,519	0,680**	0,004	-0,434	0,093
Исхрана	-0,021	0,939	0,428	0,098	-0,233	0,386
Ход	-0,062	0,821	0,329	0,213	-0,369	0,160
Лична хигијена	-0,288	0,279	0,397	0,127	-0,533*	0,033
Дохватање предмета	-0,319	0,229	0,584*	0,018	-	0,002
					0,724**	
Хватање	-0,281	0,0291	-0,060	0,825	-0,442	0,087
Активности	-0,157	0,562	0,299	0,261	-0,407	0,118
HAQ индекс	-0,353	0,179	0,555*	0,026	-	0,002
					0,716**	

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$

У оквиру групе испитаника мушког пола, применом Спирманове корелације ранга, није потврђена статистичка значајност повезаности резултата димензије *Значај/важност улоге* према SRPQ упитнику и скорова функцијске неспособности према HAQ упитнику, односно HAQ индекса (Табела 44). С друге стране, потврђена је статистичка значајност повезаности резултата димензије *Ограничење улоге* према SRPQ упитнику и следећих скорова функцијске неспособности према HAQ упитнику: Устајање ($\rho = 0,68$, $p < 0,01$), Дохватање предмета ($\rho = 0,58$, $p < 0,05$), HAQ индекс ($\rho = 0,55$, $p < 0,05$). Утврђене вредности коефицијената Спирманове корелације ранга указују на јаку и позитивну повезаност варијабли тако да мање функцијске способности према HAQ упитнику (устајање, дохватање предмета, HAQ индекс) прате већа ограничења улога према SRPQ упитнику у оквиру групе испитаника мушког пола (Табела 44). Слично, потврђена је статистичка значајност повезаности резултата димензије *Задовољство вршењем улоге* према SRPQ упитнику и следећих скорова функцијске неспособности према HAQ упитнику: Облачење и лична нега ($\rho = -0,59$, $p < 0,05$), Лична хигијена ($\rho = -0,53$, $p < 0,05$), Дохватање предмета ($\rho = -0,72$, $p < 0,01$) и HAQ индекс ($\rho = -0,72$, $p < 0,01$). Утврђене вредности коефицијената Спирманове корелације ранга указују на јаку и негативну повезаност варијабли тако да мање функцијске способности према HAQ упитнику (устајање, дохватање предмета, HAQ индекс) прати мање задовољство вршењем те улоге према SRPQ упитнику у оквиру групе испитаника мушког пола (Табела 44).

Табела 45. Повезаност постигнућа испитаника женског пола на упитнику *Social Role Participation Questionnaire (SRPQ)* и упитнику *Health Assessment Questionnaire (HAQ)*

HAQ скорови	SRPQ скорови (женски пол)					
	Значај/важност улоге		Ограничење улоге		Задовољство вршењем улоге	
	ρ	p	ρ	p	ρ	p
Облачење и лична нега	-0,159	0,302	0,300*	0,048	-	0,009
Устајање	-0,171	0,266	0,273	0,072	-0,382*	0,010
Исхрана	0,045	0,773	0,213	0,165	-0,235	0,125
Ход	-0,328*	0,030	0,277	0,069	-0,338*	0,025
Лична хигијена	-0,069	0,658	0,363*	0,015	-0,365*	0,015
Дохватање предмета	-0,142	0,359	0,234	0,127	-0,307*	0,043
Хватање	-0,027	0,861	0,314*	0,038	-	0,009
Активности	-0,114	0,463	0,410**	0,006	-	0,003
HAQ индекс	-0,040	0,794	0,349*	0,020	-0,375*	0,012

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

У оквиру групе испитаника женског пола, применом Спирманове корелације ранга, потврђена је статистичка значајност повезаности резултата димензије *Значај/важност улоге* према SRPQ упитнику и скору Ход према HAQ упитнику ($\rho = 0,33$, $p < 0,05$). Утврђена вредност коефицијента Спирманове корелације ранга указује на умерену и негативну повезаност варијабли тако да већу функцијску неспособност хода према HAQ упитнику прати мањи значај/важност те улоге према SRPQ упитнику у оквиру групе испитаника женског пола (Табела 45). Даље, потврђена је статистичка значајност повезаности резултата димензије *Ограничење улоге* према SRPQ упитнику и следећих скорова функцијске неспособности према HAQ упитнику: Облачење и лична нега ($\rho = 0,30$, $p < 0,05$), Лична хигијена ($\rho = 0,36$, $p < 0,05$), Хватање ($\rho = 0,31$, $p < 0,05$) и Активности ($\rho = 0,41$, $p < 0,01$). Утврђене вредности коефицијената Спирманове корелације ранга указују на умерену и позитивну повезаност варијабли тако да веће функцијске неспособности према HAQ упитнику (облачење и лична нега, лична хигијена, хватање и активности) прате већа ограничења тих улога према SRPQ упитнику у оквиру групе испитаника женског пола (Табела 45). Истовремено, потврђена је статистичка значајност повезаности резултата димензије *Задовољство вршењем улоге* према SRPQ упитнику и скорова функцијске неспособности према HAQ упитнику, односно HAQ индекса, са изузетком HAQ скору *Исхрана*. Утврђене вредности коефицијената Спирманове корелације ранга указују на негативну, умерену до јаку повезаност варијабли (ρ између -0,307 и -0,932) тако да веће функцијске неспособности према HAQ упитнику прати мање задовољство вршењем тих улога према SRPQ упитнику у оквиру групе испитаника женског пола (Табела 45).

Табела 46. *Компарација постигнућа испитаника на упитнику Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL) у односу на пол*

RAQoL	Пол	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	Компарација
Укупан скор	Мушки	2,81	4,86	1,00	3,50	$U = 222,000, z = -2,191, p = 0,028$
	Женски	4,75	4,53	3,50	6,50	

Напомена: Статистички значајне разлике су подебљане.

Компарација укупног скорa испитаника на RAQoL упитнику у односу на пол је дата у Табели 46. Утврђена је статистички значајна разлика између медијалне вредности RAQoL скорa испитаника мушког пола и испитаника женског пола на нивоу $p < 0,05$ (1,00 према 3,50; $U = 222,000, z = -2,191, p = 0,028$), мале јачине утицаја ($r = 0,28$).

Табела 47. *Компарација постигнућа испитаника на упитнику Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL) у односу на животну доб*

RAQoL	Животна доб	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	Компарација
Укупан скор	Млађа	3,67	4,60	2,50	6,00	$\chi^2 = 3,223, df = 2, p = 0,200$
	Средња	5,37	5,15	4,00	7,00	
	Старија	2,87	3,42	2,00	5,00	

Компарација укупног постигнућа испитаника на RAQoL упитнику у односу на животну доб је дата у Табели 47. Разлике у резултатима нису достигле задати ниво статистичке значајности.

Табела 48. *Повезаност постигнућа испитаника на упитнику Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL) и дужине трајања болести*

RAQoL	Дужина трајања болести (месеци)	
	ρ	p
Укупан скор	-0,035	0,793

Применом Спирманове корелације ранга, није потврђена статистичка значајност повезаности постигнућа испитаника на RAQoL упитнику и дужине трајања болести (Табела 48).

Табела 49. Компарација постигнућа испитаника на упитнику *Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL)* у односу на активност болести

RAQoL	Активност болести	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i> <i>n</i>	<i>IQR</i>	Компарација
Укупан скор	Ниска	6,40	7,28	3,00	14,50	$\chi^2 = 9,581, df = 2, p = 0,008$
	Умерена	6,10	2,77	7,00	4,50	
	Ремисија	2,66	2,94	2,00	4,00	

Напомена: Укупно 2 (3,4%) испитаника из подгрупе високе активности су искључени из анализе. Статистички значајне разлике су подељане.

Компарација укупног постигнућа испитаника на RAQoL упитнику у односу на активност болести је дата у Табели 49. Применом Kruskal-Wallis-овог теста, утврђена је статистички значајна разлика на нивоу $p < 0,01$. Накнадна поређења помоћу Mann-Whitney-евог *U*-теста показују да је статистичку значајност са Бонферонијевом корекцијом вредности од 0,017 достигла разлика између медијалних вредности RAQoL скорa испитаника са умереном активношћу болести и испитаника са ремисијом (7,00 према 2,00; $p = 0,002$). Са друге стране, статистичку значајност није достигла разлика између медијалних вредности RAQoL скорa испитаника са ниском активношћу болести и испитаника са ремисијом (3,00 према 2,00; $p = 0,181$) као ни између испитаника са ниском активношћу болести и испитаника са умереном активношћу болести (3,00 према 7,00; $p = 0,322$).

Табела 50. Компарација постигнућа испитаника на упитнику *Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL)* у односу на начин лечења

RAQoL	Начин лечења	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	Компарација
Укупан скор	Само стандардна терапија	4,55	5,13	3,00	4,00	$U = 427,500, z = -0,328, p = 0,743$
	Стандардна и биолошка терапија	3,90	4,17	3,00	6,00	

Компарација укупног постигнућа испитаника на RAQoL упитнику у односу на начин лечења је дата у Табели 50. Разлика у резултатима није достигла задати ниво статистичке значајности.

Табела 51. Компарација постигнућа испитаника на упитнику *Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL)* у односу на место боравка

RAQoL	Место боравка	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	Компарација
Укупан скор	Градска средина	4,31	4,76	3,00	5,00	$U = 262,000, z = -0,144, p = 0,885$
	Сеоска средина	3,91	4,39	2,00	4,00	

Компарација укупног постигнућа испитаника на RAQoL упитнику у односу на место боравка је дата у Табели 51. Разлика у резултатима није достигла задати ниво статистичке значајности.

Табела 52. Компарација постигнућа испитаника на упитнику *Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL)* у односу на степен образовања

RAQoL	Степен образовања	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	Компарација
Укупан скор	Средња	3,86	4,65	2,00	4,00	$\chi^2 = 2,127, df = 2, p = 0,345$
	Виша	5,67	3,50	7,00	6,00	
	Висока	4,69	5,22	3,00	7,00	

Напомена: Из анализе је искључен 1 (1,7%) испитаник са непотпуном основном школом и 3 (5,0%) испитаника из категорије *остало*.

Компарација укупног постигнућа испитаника на RAQoL упитнику у односу на степен образовања је дата у Табели 52. Разлика у резултатима није достигла задати ниво статистичке значајности.

Табела 53. Компарација постигнућа испитаника на упитнику *Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL)* у односу на радни статус

RAQoL	Радни статус	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	Компарација
Укупан скор	Запослен	5,56	5,76	3,00	7,00	$\chi^2 = 2,588, df = 2, p = 0,274$
	Незапослен	2,93	3,22	2,50	4,50	
	Пензионер	3,32	3,32	3,00	5,00	

Компарација укупног постигнућа испитаника на RAQoL упитнику у односу на радни статус је дата у Табели 53. Разлика у резултатима није достигла задати ниво статистичке значајности.

Табела 54. Компарација постигнућа испитаника на упитнику *Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL)* у односу на брачни статус

RAQoL	Брачни статус	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i> <i>n</i>	<i>IQR</i>	Компарација
Укупан скор	У браку	3,50	3,97	2,00	4,00	$\chi^2 = 3,877, df = 3, p = 0,275$
	Ванбрачна заједница	2,20	1,30	3,00	2,00	
	Самац/ица	2,73	2,69	2,00	6,00	
	Удовац/а	8,29	6,68	8,00	14,00	

Напомена: Из анализе је искључено 3 (5,0%) испитаника из категорије *Разведен/а*.

Компарација укупног постигнућа испитаника на RAQoL упитнику у односу на брачни статус је дата у Табели 54. Ни једна од испитиваних разлика није достигла задати ниво статистичке значајности.

Табела 55. Компарација постигнућа испитаника на упитнику *Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL)* у односу на породични статус

RAQoL	Породични статус	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i> <i>n</i>	<i>IQR</i>	Компарација
Укупан скор	У заједници	5,16	4,89	4,00	7,00	$U = 315,500, z = -1,999, p = 0,046$
	Самостално	3,24	4,26	2,00	4,00	

Напомена: Статистички значајне разлике су подебљане.

Компарација укупног постигнућа испитаника на RAQoL упитнику у односу на породични статус је дата у Табели 55. Утврђена је статистички значајна разлика између медијалне вредности RAQoL скорa испитаника који живе у заједници и испитаника који живе самостално на нивоу $p < 0,05$ (4,00 према 2,00; $U = 315,500, z = -1,999, p = 0,046$), мале јачине утицаја ($r = 0,26$).

Табела 56. Повезаност постигнућа на упитнику *Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL)* и упитнику *Health Assessment Questionnaire (HAQ)* на нивоу целог узорка и у односу на пол испитаника

HAQ скорови	RAQoL цео узорак		RAQoL мушки пол		RAQoL женски пол	
	ρ	p	ρ	p	ρ	p
Облачење и лична нега	0,715**	< 0,001	0,615*	0,011	0,734**	< 0,001
Устајање	0,567**	< 0,001	0,520*	0,039	0,594**	< 0,001
Исхрана	0,632**	< 0,001	0,454	0,077	0,605**	< 0,001
Ход	0,435**	< 0,001	0,551*	0,027	0,369*	0,014
Лична хигијена	0,482**	< 0,001	0,409	0,116	0,536**	< 0,001
Дохватање предмета	0,500**	< 0,001	0,668**	0,005	0,473**	0,001
Хватање	0,509**	< 0,001	0,314	0,236	0,545**	< 0,001
Активности	0,725**	< 0,001	0,647**	0,007	0,706**	< 0,001
HAQ индекс	0,768**	< 0,001	0,666**	0,005	0,773**	< 0,001

** $p < 0,01$.

Применом Спирманове корелације ранга, потврђена је статистичка значајност повезаности постигнућа испитаника на RAQoL упитнику и постигнућа на HAQ упитнику на нивоу целог узорка и у односу на пол испитаника (Табела 56). Тачније, утврђене вредности коефицијената Спирманове корелације ранга указују на позитивну, умерену до јаку повезаност (ρ између 0,435 и 0,768) између наведених варијабли тако да више HAQ скорове, односно мање функцијске способности прати виши RAQoL скор, односно нижи квалитет живота.

У оквиру групе испитаника мушког пола, израчуната је умерена и позитивна корелација између укупног RAQoL скорa и следећих функционалних способности: Облачење и лична нега ($\rho = 0,61$, $p < 0,05$), Устајање ($\rho = 0,52$, $p < 0,05$), Ход ($\rho = 0,55$, $p < 0,05$), Дохватање предмета ($\rho = 0,67$, $p < 0,01$), Активности ($\rho = 0,65$, $p < 0,01$) и HAQ индекс ($\rho = 0,67$, $p < 0,01$), при чему већа ограничења улога прати нижи степен квалитета живота (Табела 56). У оквиру групе испитаника женског пола, утврђене вредности коефицијената Спирманове корелације ранга указују на позитивну, умерену до јаку повезаност (ρ између 0,369 и 0,773) између свих наведених варијабли тако да више HAQ скорове, односно мање функцијске способности прати виши RAQoL скор, односно нижи квалитет живота (Табела 56).

Табела 57. Повезаност постигнућа на упитнику *Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL)* и упитнику *Social Role Participation Questionnaire (SRPQ)* на нивоу целог узорка и у односу на пол испитаника

SRPQ скорови	RAQoL цело узорак		RAQoL мушки пол		RAQoL женски пол	
	ρ	p	ρ	p	ρ	p
Значај/важност улоге	0,089	0,497	0,042	0,878	0,020	0,897
Ограничење улоге	0,476**	< 0,001	0,684**	0,003	0,389**	0,009
Задовољство улоге вршењем	- 0,342**	< 0,007	-0,527**	0,036	- 0,367**	0,014

** $p < 0,01$.

Применом Спирманове корелације ранга, испитана је повезаност постигнућа испитаника на RAQoL упитнику и постигнућа на SRPQ упитнику на нивоу целог узорка и у односу на пол испитаника (Табела 57). Израчуната је умерена и позитивна корелација између *Ограничење улоге* према SRPQ упитнику и укупног RAQoL скорa ($\rho = 0,48$, $p < 0,001$), при чему већа ограничења улога прати нижи степен квалитета живота. Такође, израчуната је умерена и негативна корелација између *Задовољства вршењем улоге* према SRPQ упитнику и укупног RAQoL скорa ($\rho = -0,34$, $p < 0,001$), при чему веће задовољство вршењем улоге прати већи степен квалитета живота. Са друге стране, није потврђена статистичка значајност повезаности између *Значаја/важности улоге* према SRPQ упитнику и укупног RAQoL скорa ($\rho = 0,09$, $p = 0,497$).

Након уједначења према полу испитаника (Табела 57), применом Спирманове корелације ранга, израчуната је јака и позитивна корелација између *Ограничење улоге* према SRPQ упитнику и укупног RAQoL скорa код испитаника мушког пола ($\rho = 0,88$, $p < 0,01$), при чему већа ограничења улога прати нижи степен квалитета живота. Такође, израчуната је јака и негативна корелација између *Задовољства вршењем улоге* према SRPQ упитнику и укупног RAQoL скорa код испитаника мушког пола ($\rho = -0,53$, $p < 0,05$), при чему веће задовољство вршењем улоге прати већи степен квалитета живота. Није потврђена статистичка значајност повезаности између *Значаја/важности улоге* према SRPQ упитнику и укупног RAQoL скорa код испитаника мушког пола ($\rho = 0,04$, $p = 0,878$). Са друге стране, код испитаника женског пола, израчуната је умерена и позитивна корелација између *Ограничење улоге* према SRPQ упитнику и укупног RAQoL скорa ($\rho = 0,39$, $p < 0,01$), при чему већа ограничења улога прати нижи степен квалитета живота. Даље, израчуната је умерена и негативна корелација између *Задовољства вршењем улоге* према SRPQ упитнику и укупног +RAQoL скорa ($\rho = -0,37$, $p < 0,05$), при чему веће задовољство вршењем улоге прати већи степен квалитета живота. Није потврђена статистичка значајност повезаности између *Значаја/важности улоге* према SRPQ упитнику и укупног RAQoL скорa код испитаника женског пола ($\rho = 0,08$, $p = 0,897$).

V ДИСКУСИЈА

5.1. Социодемографске карактеристике испитаника

5.1.1. Пол и године испитаника, животна доб

Резултати спроведеног истраживања показују да постоји повезаност између социјалне партиципације и демографских карактеристика, као и социјалне партиципације и функцијске способности код особа са реуматоидним артритисом чиме је потврђена прва истраживачка хипотеза.

Преглед доступне научне литературе указује да је лична карактеристика - пол значајна детерминанта РА, те је већа заступљеност особа женског пола (73%) у нашем узорку у складу са карактеристиком РА да су жене два до три пута (2-3:1) склоније развоју болести (Aletaha & Smolen, 2018; Shin et al., 2021; Frazzei et al., 2022). Према подацима Златковић-Швенде (Zlatković-Švenda, 2014) овај однос је 3:1 у нашој средини, док је преваленца највиша у узрасној групи од 65-74 година живота. Наведену заступљеност испитаника женског пола налазимо и у клиничким студијама. Пронашли смо да је у опсервационој студији Шина и сарадника (Shin et al., 2021) учествовало 4574 испитаника женског пола у односу на 802 мушкарца. У квалитативној студији Сверкера и сарадника (Sverker et al., 2015) о социјалној партиципацији однос учесника је био 71% жена и 29% мушкараца, док је у истраживању домаћих аутора (Jovanović et al., 2015) заступљеност испитаника женског пола био 77%. И у студији Каса и Тотове (Kaas & Tothova., 2017) о квалитету живота особа са РА заступљеност жена је био 75%, док је у истраживању Гоме и сарадника (Goma et al., 2019) о утицају РА на квалитет живота учествовало чак 92% жена. У скорашњој студији (Devrimsel & Beyazal, 2021) у којој је обрађивана тема квалитета живота и социјалне партиципације код РА проценат жена је био 83% у односу на 17% мушких испитаника, што је у сагласју са већом заступљеношћу особа женског пола са РА у нашем истраживању.

Изгледа да полне разлике имају утицај на већу појаву различитих аутоимуних болести код жена, што се објашњава повећаном имунолошком реактивношћу код жена, као и већом активношћу болести (Favalli et al., 2019). Утицај генетских фактора и хормоналних промена на полне разлике још увек није разјашњен и представља област интересовања истраживача као и утицај овог диспаритета на патофизиологију и клиничке манифестације болести.

Просечна старост испитаника у овом истраживању износила је 53,17 година, а применом Ман - Витнијевог U - теста није потврђена статистички значајна разлика старости испитаника у односу на пол. Највећи број испитаника (45%) припада средњем животном добу што је у складу са познатим епидемиолошким подацима о почетку болести од четврте до шесте деценије живота (Vujasinović-Stupar, 2000; Zlatković-Švenda, 2014). Просечна старост испитаника женског пола је у 51,48 година што је у складу са податком да се РА већином јавља код жена средњих година. За разлику од жена код којих се инциденца постепено повећава са годинама старости код мушкараца је стабилна током треће до пете деценије, а затим се повећава од 65 године старости (Ortona et al., 2016; Symmons et al., 1994).

Питање запослења и рада је важна тема како за пацијенте са хроничним болестима тако и за особе са РА (Van Vilsteren et al., 2015; Jetha et al., 2017; Noben et al., 2017; Olofsson et al., 2014). Радно ангажовање и плаћени рад дају сврху и осећај нормалног живота. Појединац који је запослен има економску независност и самосталност али истовремено и осећај да је део друштва у коме партиципира и које може да мења. Што се наших испитаника тиче 45% је запослено, завршену средњу школу има 61,7%, а више и високо образовање

31,7%. Прикупљене податке смо поредили са подацима у доступној литератури и уочили да су образовање и радно ангажовање важни за особе са РА. Тако су резултати студије Олофсона (Olofsson et al., 2014), у којој је разматран проблем предвиђања које ће особе са РА имати потешкоће у раду, показали да функцијски статус (утврђен НАQ-ом), старост испитаника, низак ниво образовања и високи физички захтеви радног места генерално упућују на могући развој инвалидитета. До сличног закључка је дошао Валенијус с колегама (Wallenius et al., 2009) у студији о квалитету живота и радном статусу особа са псоријатичним артритисом. Резултати поменуте студије указују да нижи ниво образовања, женски пол и снижен ниво физичког функционисања предвиђају смањене радне способности (Wallenius et al., 2009). Радни статус је у вези са квалитетом живота појединца и може имати позитивне ефекте исто као и негативне у смислу радног окружења или проблема услед степена функционалних оштећења и активности болести. Такође, група аутора (Schwill et al., 2014) је истражујући везу између РА, сиромаштва и степена образовања подржала идеју „*зачараног круга*“. То значи да сиромаштво и нижи ниво образовања сами по себи утичу на ток РА, поред осиромашених прихода и смањене способности за рад, а уз повећане трошкове услед потреба лечења. У прегледној студији о повезаности животног стила и РА (Schäfer & Keyser, 2022) приказани су подаци неколико опсервационих студија где су низак ниво образовања и социоекономског стауса идентификовани као фактори који повећавају инциденцу РА или су у корелацији са активношћу болести и функционалним оштећењима. Услед стања мишићно скелетног система једна од последица РА је губитак продуктивности на раду, а затим и настанак радне инвалидности. Према Ухлигу (Uhlig, 2010) радна инвалидност је резултат сложене интеракције између клиничке слике болести, социодемографских варијабли и личних фактора, као и макроекономских услова. Наиме, радни статус особе са РА зависи од карактеристика појединца, природе самог занимања и физичких услова радног места, утицаја из окружења и међуљудских односа.

Група аутора (López-Castillo et al., 2014) је опсежним прегледом литературе на енглеском, португалском и шпанском језику идентификовала неке од фактора који су у вези са нивоом образовања и исходима РА. Према наведеним ауторима, то могу бити ризици услед развоја болести, ранији почетак болести, клинички статус, активност и радиографска прогресија, депресија и анксиозност, радни и функционални инвалидитет као и квалитет живота. Сагледавајући резултате 68 студија које су обухватале 17 кохортних истраживања, осам студија случајева и 43 истраживања попречног пресека, закључци прегледног истраживања (López-Castillo et al., 2014) потврђују повезаност радног инвалидитета и ниског нивоа образовања, који је идентификован у свим обухваћеним садржајима.

Разматрајући детерминанту запослености и образовања код наших испитаника, пронашли смо податке да готово трећина особа са РА прерано напушта посао, како оних са раним тако и са хроничним током болести (Eberhardt et al., 2007; Olofsson et al., 2014; Uhlig et al., 2014). Хамонд (Hammond et al., 2017) је у истраживању о професионалној рехабилитацији особа са РА изнео податак да трећина запослених са РА напушта радно место у року од три године од постављања дијагнозе, а чак 50% у року од десет година. По постављању дијагнозе радна инвалидност започиње релативно брзо и затим се наставља уједначеном брзином. У појединим истраживањима проналазимо да је преваленца радне инвалидности између 29% и 50% током пет година трајања болести. Према изворима Скота и сарадника (Scott et al., 2005) процењена преваленца радне инвалидности међу особама са РА је висока, чак 62% док је трајна инвалидност у распону од 31% до 42%. Исти аутори указују на тренд смањења радне инвалидности у савременом добу имајући у виду модерније облике рада и могућност пружања додатних услуга радницима са неком врстом инвалидитета.

5.1.2. Активност болести и начин лечења

Поред функционалних оштећења, активност болести открива основни процес и озбиљност болести те је ово обележје међу основним елементима патобиологије РА. Уочили смо да су подаци које смо прикупили упитником о тренутном општем здравственом стању учесника истраживања, озбиљности РА као и присутности тренутног погоршања РА са становишта испитаника, у складу са клиничким резултатима о активности болести преузетих из базе података установе где смо спроводили истраживање. Стопа активности болести процењена је применом Индекса активности болести 28 (*The Disease Activity Score, DAS28*) и Клиничким индексом активности болести (*Clinical Disease Activity Index, CDAI*). Више од половине испитаника (63%) било је у ремисији или са ниском и умереном активношћу болести, 34% укупно. Исто тако, према резултатима CDAI највећи број испитаника, њих 60% је припадало категорији ремисије, док је 32% испитаника сврстано у категорију ниске активности болести, што је упоредиво са резултатима DAS28.

Дефинисане граничне тачке инструмената процене, у овом случају CDAI омогућавају квантификацију активности болести и упућују на одабир приступа у третману. Према актуелним терапијским приступима, ефекти „лечења према задатом циљу“ (*treat to target*, енг.) или прилагођавање терапије по потреби води побољшању индекса активности болести од најмање 50% у року од три месеца како би се достигао низак ниво активности болести или ремисија у току шест месеци. Према томе, ефекти терапије могу бити праћени мерама активности болести (CDAI) где одсуство ремисије или ниске активности болести води промени терапије према препорукама лечења до задатог циља (Aletaha & Smolen, 2018). Временски период од три месеца чини критични период за постизање терапијског циља - клиничка ремисија код раног РА или ниска активност болести код хроничног, установљеног артритиса (Aletaha et al., 2016).

Инструменти процене који су били извор података о активности болести у овом истраживању представљају стандардни приступ и једну од најчешће коришћених мера у праћењу развоја болести код РА (Anderson et al., 2012; Prevoo et al., 1995; Curtis et al., 2018) Имајући то у виду, пронашли смо да резултати појединих студија (Uhlir et al., 2014) упућују на податак да стопа ремисије и ниже активности болести зависе од примењених инструмената (*28 joint Disease Activity Score - DAS28, Clinical Disease Activity Index - CDAI, Simple Disease Activity Index - SDAI, Routine Assessment of Patient Index Data - RAPID3*). Могу постојати и разлике у стопи ремисије између мушкараца и жена. У прилог томе иду подаци истраживања где је стопа ремисије код жена била нижа од 30% до 87% (Morgacheva & Furst, 2012) поред осталог и због разлике у примењеним компонентним и композитним мерењима активности болести. Ослањајући се на закључке наведених студија, спроведено је истраживање новијег датума (Maunard et al., 2020) којим је обухваћен велики узорак са циљем да се упореде стопа ремисије и активности болести РА код мушкараца и жена. У поменутој студији су коришћени инструменти који су били заступљени и у нашем истраживању DAS28, CDAI, као најчешће примењивани у клиничким испитивањима, према препорукама ACR и EULAR 2011 за употребу у клиничкој пракси (DAS28, CDAI, RAPID3). Закључак студије (Maunard et al., 2020) је био да стопа ремисије болести, у односу на мушки и женски пол зависи од избора мера процене активности болести (изузев нивоа седиментације еритроцита, што је у вези са женским полом и свакако даје нижи степен ремисије код жена), док у резултатима магнетне резонанце није било разлике.

У складу са савременим терапијским приступима када је начин лечења у питању, у тренутку спровођења нашег истраживања, 31 испитаник је био само на стандардној

терапији, док је 29 испитаника било на стандардној и биолошкој терапији. Када је примена лекова у питању испитаници су у највећем проценту користили болест модификујуће лекове – BML (90%) и биолошке лекове (50%), затим гликокортикoиде, нестероидне антиинфламаторне лекове – NSAIL. Сагледавајући РА као хроничну, запаљенску болест која кроз прогресију и разарајући ток утиче на функционалност и квалитет живота особе са РА у разматрање се морају узети докази у вези са терапијским приступом из периода последњих деценија. Ови налази иду у прилог ублажавању озбиљности наведених последица, болест је постала „мање тешка“ што се може преписати, поред осталог и новим приступима у лечењу (Некmat et al., 2014). Када је реч о томе, истраживачи су сагласни да постоје бројни докази у прилог смањењу активности болести, очувању функционалних способности и квалитета живота у вези са здрављем уз примену биолошке терапије нарочито у савременим земљама (Li et al., 2011). Међутим, за нас је од значаја питање бенефита биолошке терапије на дневни живот и социјалне активности особа са РА. Доказе смо пронашли у истраживачкој студији Лија и сарадника (Li et al., 2011). Аутори су утврдили статистички значајна и суштинска побољшања у партиципацији у уобичајеним, свакодневним активностима (плаћени посао, кућевни послови, лична нега) код учесника студије који су били на биолошкој терапији (*Abatacept*). Процена је извршена код особа са умереним и тешким РА (у односу на озбиљност болести), у групи која је користила биолошку терапију и у контролним плацебо групама. Примењен је Упитник за процену партиципације (*Activity Participation Questionnaire, APaQ*), где је код особа третираних биолошком терапијом констатовано побољшање у односу на почетну вредност (број дана) од 8,4 и 7,3 дана учешћа у свакодневним активностима, као и у односу на 4,5 и 1,4 дана партиципације код плацебо групе ($p < 0.005$). Применом биолошке терапије током 6 и 12 месеци смањено се укупан број дана са ограничењима у учешћу у дневним активностима и социјалном животу. Квалитет живота је процењиван током четири недеље, уз помоћ осам домена SF - 36 упитника (*The Short Form - 36*) као и применом HAQ - а у сврху процене функционалности кроз осам категорија активности дневног живота, док је активност болести испитивана применом DAS28. Поредићи наведено са резултатима нашег истраживања, утврдили смо да је код наших испитаника пронађена статистички значајна разлика ($p < 0,01$) између оних испитаника који су лечени стандардном и биолошком терапијом у односу на примену само стандардне терапије. Испитаници који су и на биолошкој терапији, учешће у социјалној улози перцепирају као значајније и важније и имају већи осећај задовољства кроз партиципацију ($p < 0,05$) у односу на оне који су само на стандардној терапији. Из тога произилази да биолошка терапија олакшава болест и омогућава већа постигнућа у димензијама социјалне партиципације.

Са друге стране, утврдили смо да начин лечења код наших испитаника, у овом случају примена стандардне и биолошке терапије, не утиче на квалитет њиховог живота. Овај налаз је упоредив са закључцима лонгитудиналне студије попречног пресека групе аутора (Jagadeesh et al., 2015). Циљ студије је био да се процени разлика у квалитету живота две групе особа са РА, уједначених према старости, полу и дужини трајања РА, које су примале биолошку и неболошку терапију или лекове који мењају ток болести (*Disease - modifying Antirheumatic Drug, DMARD*). Процена је извршена кроз пет димензија у вези са квалитетом живота: мобилност, самозбрињавање, свакодневне активности, присутност бола и депресије, као и проценом функцијске способности (HAQ) и мерењем стопе активности болести (DAS28). Према извештају аутора (Jagadeesh et al., 2015) квалитет живота је сличан код особа са нижим вредностима DAS28 без обзира на примењени терапијски третман, што може бити случај и код наших испитаника имајући у виду да је више од половине испитаника у статусу ремисије болести или са ниском и умереном активношћу болести. Даље, када је реч о начину лечења, у недавном истарживању (Jacklin et al., 2022) у фокусу су се нашле особе које живе

са РА у трајању болести више од две године (37,7% са трајањем болести од 2 - 5 година и 27,9% са трајањем болести од 5-10 година) али без лечења савременим лековима. У узорку је било 88% жена, а помоћу анкете су прикупљени демографски подаци, подаци о тренутној терапији, учесталости и утицају појаве РА, а затим и утицајима и ограничењима у свакодневном животу и раду услед артритиса. Закључак студије је био да особе са РА које нису под биолошком или циљаном DMARD терапијом имају погоршање здравља и потешкоће у свакодневном функционисању у оквиру породице и радног места, где је чак 70% испитаника пријавило потребу за променом радног времена. Позитивни ефекти ових извештаја могу бити у снижавању критеријума који омогућавају приступ напредним терапијама за већи број особа уз актуелне проблеме у вези са трошковима које је потребно решавати.

У вези са претходним, сматрамо занимљивим и резултате опсежне студије (Некmat et al., 2014) којом су били обухваћени ажурирани регистри особа са РА. Регистри су садржали податке из одређеног временског периода (од 1997. до 2009. године, Шведска), као и резултате мерења у вези са лечењем, функционалним статусом и квалитетом живота у вези са здрављем. Циљ студије је био да се у односу на изборе у лечењу утврде разлике у исходима код пацијената мушког и женског пола, током одређеног временског периода. Наиме, конкретно третман биолошким лековима (интензивира се од 2002. године) се током времена постепено повећао за 29% и то без разлике у исходима у односу на пол. Детаљнијим увидом, током наведеног временског периода вредности скала процене активности болести и бола су показале ниже вредности и то значајније ниже код мушког пола, што је уочено и за физичке компоненте SF -36. Изгледа да је одговор на синтетичку и биолошки модификујућу терапију извеснији код особа мушког пола, док је појава коморбидитета и питање утицаја лечења тј. исхода на потенцијалну трудноћу карактеристичан проблем код жена (Jawaheer et al., 2012; Favalli et al., 2019).

5.2. Функционалне карактеристике

Када се доносе одлуке о стратегијама у лечењу РА у обзир се узимају активност болести, степен оштећености зглобова и функционални капацитети где су све три одреднице део најважнијег исхода - квалитета живота. Већ смо описали квалитет живота као вишедимензионални концепт (Carr et al., 2003) који обухвата перцепцију појединца, његово задовољство и однос према различитим областима сопственог живота као што су физичко здравље и функционални статус, психолошко и емоционално благостање, социјална партиципација као и односи у друштвеном окружењу. Имајући у виду комплексност болести РА, свака од ових области може бити процењена и интерпретирана различитим инструментима. Оно што је евидентно још на клиничком нивоу у оквиру ширег концепта здравственог статуса јесу функциолне потешкоће проузроковане РА које даље могу бити узроци озбиљних проблема у свакодневном животу појединца. Према томе, може се рећи да физичко функционисање заузима централно место у свакодневном животу ових особа, а да се проблем побољшања функционалних исхода налази у фокусу рехабилитације и бриге о особама са РА (Aletaha & Smolen, 2015). Постоје различити инструменти за процену функционалних способности као домена квалитета живота и показало се да су упитници мера која је применљива и релевантна у смислу добијених резултата.

У настојању да сагледамо какве су функционалне способности испитаника у нашем истраживању и касније их анализирамо у односу на социјалну партиципацију и квалитет живота применили смо Упитник за процену функцијског стања (*Health Assessment Questionnaire, HAQ*). Кроз осам категорија упитника проценили смо присуство

инвалидности, тачније стање функционалних способности кроз активности свакодневног живота. Резултати показују да на појединачним HAQ категоријама највећи број испитаника, њих 82% без тешкоћа извршава активности из категорије хода и устајања (75%). Што се тиче уобичајених активности ван куће у смислу куповине или једноставнијих кућних послова потешкоће има 28 (47%) испитаника. Следеће, 10 (17%) испитаника има много потешкоћа приликом обављања активности у вези са личном хигијеном, док само шест (10%) испитаника не може да изврши једноставне активности у вези исхране. У складу са претходним одговорима осам испитаника користи помагала или направе које им помажу претежно у обављању активности личне хигијене или има помоћ друге особе. Само 2% тестираних користи неки облик помоћи приликом исхране, ходања или обављања ситних обавеза. Са друге стране, свих 60 испитаника нема потребу за помоћи друге особе приликом облачења и личне неге, хигијене, устајања и хватања. Овакве могућности наших испитаника можемо довести у везу са вредностима активности болести, према којима је преко 60% испитаника у категорији ремисије.

Разматрање ћемо започети, већ описаним HAQ - ом, где вредности HAQ индекса могу бити 0 – 3.0 те виши резултати указују на погоршање функције (0 указује да нема функционалног оштећења, скор 3 указује на потпуно оштећење). У односу на HAQ вредности испитаници могу бити сврстани у три HAQ групе – три нивоа неспособности: прва група са вредностима од 0.125-1.000 или умерена неспособност која указује на лако смањење активности свакодневног живота, друга група са вредностима од 1.125-2.000 или тежа неспособност која указује на теже смањење активности свакодневног живота, трећа група са вредностима од 2.125-3.000 или потпуна функцијска неспособност и потпуна зависност појединца од туђе помоћи у активностима свакодневног живота. Вредност HAQ индекса 0.000 представља нормалну функцијску способност и подразумева извођење активности свакодневног живота у целисти (Jovanović et al., 2015; Maska et al., 2011). Према томе, у нашем истраживању управо нормалну функцијску способност која упућује на самосталност у извођењу активности свакодневног живота има 32% испитаника, највећи број њих 57% има умерену неспособност и тежу неспособност има 10% испитаника што указује на лако и теже смањење активности свакодневног живота. Овде је потребно имати у виду да што се тиче трајања болести највећи број испитаника има касни артритис, њих 85% па се самосталност у свакодневном животу и мање последице артритиса могу приписати старосном добу и појави првих симптома, као и споријој прогресији болести. Дужина трајања болести у просеку износи десет година и нема статистички значајне разлике у дужини трајања болести у односу на пол.

Уочавамо да је у истраживању степен функционалних способности заснован на HAQ скору у вези са стопом активности болести. Тако највећи број испитаника има умерену неспособност или нормалну функцијску способност и самосталност у извођењу свакодневних активности у односу на стопу активности болести где су испитаници у ремисији (на основу DAS28 63%, CDAI 60%) или у категорији ниске и умерене активности болести (на основу DAS28 34%, CDAI 32%). У складу са нашим резултатима и резултатима других истраживања можемо наћи потврду да су функционална оштећења и активност болести повезани. Тако је Јовановић са групом аутора (Jovanović et al., 2015) проспективном студијом која је обухватала 74 особе са РА на рехабилитацији у Клиници за реуматологију Института „Нишка Бања“ указала на повезаност и утицај активности болести на функцијски статус код РА. Истраживачи су за процену активности болести применили DAS28, функционалне способности су представљене HAQ упитником док су у обзир узете лабораторијске карактеристике, године живота и трајање болести. Закључак истраживања је био да су особе, које су према HAQ индексу припадале трећој групи (најтежа функционална

оштећења) са карактеристикама потпуне функцијске неспособности и зависности од туђе помоћи, имале највише вредности DAS28 као и статистички значајно чешћу позитиваност RF (реума фактор) и С - реактивног протеина и више вредности седиментације еритроцита. Према наведеном активност болести представља значајан предиктор функцијске неспособности што смо могли да уочимо и у нашем истраживању. И Гома са сарадницима (Goma et al., 2019), је у студији попречног пресека пронашао да се функционална неспособност на основу вредности HAQ – а значајно повећава са порастом стопе активности болести мерено DAS28. Укупан број испитаника, њих 50 који су били у фази ремисије и 56% са ниском активношћу болести имало је умерену функционалну неспособност. Исто тако, уочено је да је 41.7% пацијената са стопом високе активности болести имало умерену до тешку функционалну неспособност према HAQ индексу. У овом истраживању DAS28 скор је имао позитивну значајност корелације са HAQ – ом ($P = 0.01$, $r = 0.40$). Наведени резултати су у складу са подацима које смо прикупили у оквиру нашег истраживања.

Резултати истраживања показују да постоји повезаност између квалитета живота и појединих демографских карактеристика, као што су пол, активност болести и породични статус, као и статистички значајна повезаност постигнућа испитаника на RAQoL упитнику и постигнућа на HAQ упитнику на нивоу целог узорка и у односу на пол испитаника. Овиме је потврђена друга хипотеза.

Функционални статус представља важан домен квалитета живота који може бити угрожен код особа са РА. Корелацијске студије су показале да функционална оштећења поред трајања болести и активности болести имају највећи утицај на квалитет живота. Овај негативни утицај може бити самосталан за разлику од активности болести која мења квалитет живота посредно преко оштећених функционалних способности. И у нашем истраживању је пронађена статистичка значајност повезаности између квалитета живота и функционалних способности. Утврдили смо да испитаници са оштећеним функцијским способностима које се огледају у ограничењима појединих HAQ категорија имају и нижи квалитет живота. Повезаност функцијских способности и квалитета живота проналазимо у студији (Naqoon et al., 2007) која је обухватала 136 особа са РА (просечног трајања болести 9 ± 5.8 година) и 75 испитаника контролне групе, где је процењени квалитет живота испитаника са РА био значајно нижи у поређењу са контролном групом. За процену функционалних способности примењен је HAQ који је био у значајно негативној корелацији у односу на четири домена квалитета живота - физички капацитети и самосталност, психолошки, социјални односи и окружење. Вишеструком регресионом анализом је показана независност HAQ – а, у односу на остале варијабле, у смислу утицаја на квалитет живота те су према томе функционална оштећења најзначајнији фактор који утиче на квалитет живота код РА.

Да бисмо илустровали повезаност са резултатима истраживања обухватили смо и новији извештај групе аутора (Rosa-Goncalves et al., 2018), који указује да особе са РА имају лошији квалитет живота (*Health related Quality of Life, HRQoL*) у односу на општу популацију. Према овом извештају виши квалитет живота и функционалних капацитета је у вези са нижом стопом активности болести. Међутим, узимајући у обзир дневне активности и функционалне способности које су процењене HAQ – ом показало се да старији узраст, женски пол и присуство бола упућују на лошије резултате HAQ - а. Резултати овог истраживања потврдили су закључке раније студије (Ahlmen et al., 2010) по којој се код жена са РА, са годинама старости смањују физички капацитети и мишићна снага, док се перцепција бола повећава. Са друге стране мушкарци исте животне доби и истог степена оштећења зглобова имају више физичке снаге и лакше обављају дневне активности. Истраживање је започело 549 испитаника (62% женског пола) са раним РА (артритис у

трајању до једне године), НАQ је био нижи код оба пола, али се током пет година трајања истраживања (480 испитаника) код жена повећао за 0.2 бодовне јединице ($p < 0.001$) и то у категоријама исхране, хода, дохватања предмета, хватања и дневних активности. И код учесника у нашем истраживању је потврђена статистичка значајност повезаности између квалитета живота и функционалних способности. Тако код групе испитаника мушког пола постоји умерена и позитивна повезаност између појединих функционалних способности, на пример свакодневних активности, хода или дохватања предмета, где већа ограничења у остваривању неке социјалне улоге прати нижи степен квалитета живота. Следеће, утврдили смо и код испитаника женског пола умерену до јаку повезаност (p између 0,369 и 0,773) између свих мерених активности, где су утврђене мање функционалне способности указивале на нижи квалитет живота жена са РА у истраживању.

Бол се појављује као значајна баријера учешћу у радним активностима, као и ограничавајући фактор у социјалном контексту. Симптом бола код РА се убраја у најзначајније факторе који ремете дневне активности и партиципацију. У студији где су подаци прикупљени путем интервјуа и дискусије на питање како бол утиче на свакодневни живот, дошло се до резултата који су се могли сврстати у неколико категорија (Ahlstrand et al., 2012). Према једној, активност може имати двосмерни утицај на бол, прилагођеном активношћу се може одвратити фокус са бола и уједно одржати функционалност. Пријатна и креативна активност која изазива задовољство и испуњава слободно време - баштованство као пример који су издвојили старији испитаници. Насупрот томе, после обавезног радног времена испитаници нису били у могућности да се посвете хобију због присутног бола или слабости доњих екстремитета, нису били у могућности да иду у шопинг или на вечеру са пријатељима. Током болних периода испитаници нису могли да учествују у догађајима на које су били позвани. Значи бол је био ограничавајући фактор остваривања социјалних улога (хоби и слободно време, дружење, културни, верски догађаји). Касније у дискусији наведено можемо повезати са нашим испитаницима под претпоставком да се присуство бола доводи у везу са функционалним оштећењима као ограничавајућим факторима њиховог учешћа у слободним активностима, послу (17%) или путовању (8%). Такође, у студијама које су проучавале активност болести код РА показано је да је озбиљност бола најзначајнија варијабла која указује на активност болести, као и да постоји значајна корелација између активности болести и квалитета живота, бола, умора и функционалног статуса, депресије (Sunar et al., 2015). Смањење бола је главни субјективни симптом и „брига“ особа са РА док су савремена клиничка истраживања окренута проналажењу решења за смањење активности болести што је кључно за смањење интензитета бола код РА (Ibrahim et al., 2022).

Осврнућемо се на још један проблем, поред клиничких симптома бола, замора, активности болести и депресија може бити коморбидитет који ремети функционисање појединца на дневном нивоу. Жагар и сарадници (Žagar et al., 2018) су спровели истраживање са циљем да утврде повезаност функционалног статуса, депресије и квалитета живота код особа са РА у Хрватској. У односу на вредности НАQ индекса, од укупно 54 испитаника, просечног трајања болести 12.5 година и 59 година живота, осам је имало умерену неспособност, 22 тежу до потпуну и 24 потпуну функцијску неспособност. Чак 30 испитаника (55.6%) је имало неки облик поремећаја расположења, док је њих 10 имало депресију. Утврђена је позитивна корелација између Бекове скале депресије (*Beck Depression Inventory-II*), DAS28 и НАQ скорa. Резултати упућују да особе са израженијим депресивним симптомима и вишом стопом активности болести имају веће потешкоће у свакодневном функционисању и нижи квалитет живота. Пацијенти са тежом до потпуном функцијском неспособношћу (НАQ групе) су имали и највише скорове на Бековој скали депресије ($p=0,005$).

Применом HAQ инструмента могуће је предвидети које особе са РА су склоне развоју функционалних оштећења и као последица тога губитку радних способности. У Шведској је спроведена студија са циљем да се идентификују предиктори боловања и инвалидске пензије код особа са раним РА уз учешће 3029 испитаника (Olofsson et al., 2014). На почетку студије испитаници су имали високу активност болести са средњим вредностима DAS28 5.1 и HAQ - а 1.1. У мултиваријабилној анализи више вредности HAQ – а и DAS28 су биле повезане са више кумулативних дана боловања и одласком у инвалидску пензију у периоду од три године по постављању дијагнозе РА. У завршној анализи 71% испитаника са радном способношћу са почетка испитивања и даље је имао пуну радну способност у поређењу са 36% ($p < 0.001$) оних који су имали делимичан губитак радне способности и 18% ($p < 0.001$) без радне способности у односу на почетак студије. Прогресивно погоршање физичких функција води превременом радном инвалидитету. РА и мишићно скелетне болести се убрајају у главне узроке губитка запослења у Европи што уједно доводи и до значајних економских трошкова (Uhlir et al., 2014). Према студији из 2000. године (Sokka et al., 2010) којом је било обухваћено 8000 пацијената са РА из 32 земље, где је 16 земаља припадало ЕУ, у време појаве првих симптома артритиса је радило чак 86% мушкараца и 64% жена млађих од 65 година. Од наведеног броја испитаника 37% није могло да настави да ради у накнадним мерењима као последица РА.

Како би прикупили податке о социјалној партиципацији наших испитаника применили смо Упитник о учешћу у друштвеној улози – модификовани (*Social Role Participation Questionnaire - Modified*, Gignac et al., 2008) којим се процењује социјална партиципација појединца кроз учешће у друштвеним улогама. Применом SRPQ утврдили смо како испитаници са РА перципирају важност свог учешћа у различитим друштвеним улогама, на који начин перципирају ограничења или потешкоће при остваривању друштвених улога, као и задовољство учешћем у друштвеним улогама. Могућност социјалног учешћа представља важан исход рехабилитације особа које болују од запаљенских реуматских болести. Како смо већ описали, стања из ове области реуматизма могу бити узрок потешкоћа у физичком функционисању и ограничењима у свакодневном животу оболеле особе. Учешће у друштвеним улогама одређено је активностима и *присутвом* појединца у одређеној улози у оквиру сопственог домаћинства, заједнице или друштва. Појединац *испуњава* улогу (*fulfills roles*, енг.) родитеља, запосленог или је присутан у културним или верским дешавањима.

Анализирали смо постигнућа испитаника на субскалама *Значај или важност остваривања друштвене улоге*, *Ограничење остваривања друштвене улоге* и *Задовољство вршењем друштвене улоге*. За наше испитанике је важно да учествују у породичном животу и задовољни су могућношћу остваривања те улоге. Димензија *Значај или важност друштвене улоге* се огледа у важности улоге родитеља, те највећи број испитаника (53%) перципира као значајно да има потомке (децу, пасторке или унучад). Важни су им и односи са другим члановима породице (просечни скор од 4.33, SD = 0.71). Пронашли смо да на појединачним ставкама из димензије социјалне партиципације *Задовољство вршењем улоге* 38% испитаника исказују задовољство врстом односа које могу имати са својим потомцима (децом, пасторцима, унуцима), (просечан скор 4.37, SD = 0.82), као и задовољство да остваре блискост са члановима своје породице какав би желели у односу на своје способности (просечни скор од 3.97, SD = 0.74). Добијене резултате смо упоредили са резултатима студије попречног пресека (Van Genderen et al., 2016) где је испитивана социјална партиципација код особа са анкилозирајућим спондилитисом (АС), обликом запаљенског реуматизма, у компарацији са контролном групом из опште популације. Овде истичемо да смо пронашли више истраживања о социјалној партиципацији особа са АС у односу на мали број студија

где је био заступљен РА. Истраживачи наведене студије су применили једну од верзија SRPQ упитника и утврдили да су интимни односи, односи са потомцима и посао - социјалне улоге које скоро сви учесници истраживања перципирају као веома значајне или важне. Последње две категорије, односи са потомцима и посао, су имале већи значај за особе са АС. Од укупно 246 особа са АС, 62% је било мушког пола (51 ± 12 године старости), што је у складу са карактеристикама АС који је заступљенији код мушкараца 2:1 (Сао et al., 2022). Сагледавајући наведено, поједине разлике у димензији партиципације *Значај остваривања улоге* у односу на наше испитанике можда можемо пронаћи у самом узорку. У нашем истраживању жене чине део узорка у већем проценту (73%) те сматрамо да су њихова окренутост ка потомству као и њихове године живота (51,48 година, $SD = 13,74$) узрок резултата на субскали *Значај остваривања улоге*. За групу испитаника женског пола је важна улога родитеља (важно им је да имају децу, пасторке или унучад) као и испуњеност односа са другим члановима породице. Да су важни односи са другим члановима породице указује и податак да 65% наших испитаника живи у браку или ванбрачној заједници.

Утврдили смо да постоји статистички значајна разлика на нивоу $p < 0.01$ у резултатима који су у вези са димензијом *Ограничења* при учешћу у друштвеној улози у односу на породични статус између испитаника који живе у заједници и самостално (1.73 према 1.27; $p = 0.005$). Породични живот захтева ангажовање свих чланова породице, па је наша претпоставка да су функционалне потешкоће узрок ограничењима које имају наши испитаници у испуњавању обавеза у оквиру домаћинства и породице без обзира на добро опште здравствено стање и умерени РА. У једном ранијем истраживању анализирали смо карактеристике појединих аспеката социјалне партиципације особа са РА (Šimpraga & Zlatković-Švenda, 2020) кроз утврђивање значаја остваривања различитих друштвених улога и ефеката физичких потешкоћа при остваривању друштвених улога где смо упоредили групу испитаника са РА ($n = 28$) са групом испитаника из опште популације ($n = 37$). Утврдили смо да нема статистички значајних разлика у перцепцији значаја остваривања различитих друштвених улога између две групе испитаника, осим у домену односа са потомцима где је значај тих односа био нижи за испитанике са РА у односу на општу популацију. Према томе резултати које смо добили тадашњим истраживањем нису у сагласју са налазима које смо сада прикупили.

У компарацији испитаника у односу на поједине демографске карактеристике показало се да постоји статистички значајна разлика на нивоу $p < 0.01$ у резултатима *Значај остваривања улоге* у односу на животну доб, где су статистичку значајност достигле разлике између просечних вредности испитаника млађег и средњег животног доба (4.11 према 3.74; $p = 0.039$) као и млађег и старијег животног доба (4.11 према 3.55; $p = 0.004$). Приоритети улога се мењају са годинама. Запослење представљу важну животну улогу, али када се време перципира са ограничењем као у старијем животног доба тада ова улога губи на значају и нека друга улога преузима важност. Тако је у нашем истраживању учешће у породичном животу улога која има приоритет за особе са РА, што објашњавамо већом заступљеношћу испитаника женског пола, средњих година старости. Ове наводе можемо повезати са истраживањем које је обухватало социјалну подршку и функционисање породице према мерама субјективног благостања на узорку особа са РА женског пола, где је функционисање породице било позитивно повезано са задовољством животом ($p < 0,001$) (Coty & Wallston, 2010). Субјективно благостање жена са РА било је у вези са њиховом перцепцијом о функционисању породице и врстом добијене подршке без обзира на карактеристичне симптоме бола и замора који су у негативној релацији са благостањем (Coty & Wallston, 2008, 2010). Поједина истраживања из области реуматских болести показују да породица наставља да функционише нормално без обзира на реуматску болест члана

породице, уз потребу да се одржи јединство и стабилност породичног живота (Gerhardt et al., 2003).

И становиште појединих аутора је да особе са неким обликом хроничне болести могу имати различиту перцепцију важности друштвене улоге у односу на њихову животну доб. Наше наводе можемо поткрепити истраживањем Жињак и сарадника (Gignac et al., 2013) којим су испитиване три димензије друштвене улоге код особа средње и старије животне доби са остеоартритисом (ОА), обољењем које има различиту основу у односу на артритис али га карактеришу исти симптоми бола. Поред групе испитаника са овим обликом хроничне болести ($n = 177$) у студији је учествовала и контролна група која није имала неко хронично обољење ($n = 193$) године старости ≥ 40 . Према SRPQ скоровима показало се да је за особе средње животне доби (40 - 59 година) перцепција димензије *Значај друштвене улоге* од веће важности у односу на учеснике старије животне доби - преко 60 година. Иста старосна група са ОА је пријавила и већа ограничења у остваривању појединих друштвених улога, док су обе групе средње животне доби имале погоршање појединих симптома, као и погоршање депресије и стреса у односу на старије учеснике генерално. Набројане промене су биле и узрок погоршања у доживљају *Задовољства учешћем у улози*. Старији испитаници са ОА су перципирали већа ограничења и мање задовољство учешћем у друштвеним улогама, али са друге стране и веће потребе у вези здравствене заштите. Можемо закључити да су испитаници средњих година имали већа ограничења социјалних улога у односу на групу старије животне доби и да су своје стање сматрали прерано насталим и животно ограничавајућим. Из тога очекивано произилази и њихово снижено задовољство учешћем у друштвеној улози у односу на остале учеснике (Gignac et al., 2013).

У истраживању претходно поменутих аутора (Gignac et al., 2008) први пут је примењен SRPQ упитник којим је процењено учешће у друштвеним улогама. Узорак је чинило 60 испитаника женског пола и 27 мушкараца са ОА (средње године старости 65.6). За особе старије животне доби, нижег образовања и нижих прихода учешће у друштвеним улогама је било од мањег значаја. За ове учеснике студије, посао, друштвене и верске или културне активности имале су мању важност. Надовезујући се на поменуто истраживање, утврдили смо да и наши испитаници категорију активности у заједници, верске или културне догађаје оцењују као мање важне, међутим ову исту категорију вреднују већом оценом у димензији значаја те исте улоге.

Што се тиче димензије *Ограничење друштвене улоге* пронашли смо статистичку значајност повезаности резултата према SRPQ упитнику и скорова функцијске способности према НАQ - у. Утврђене вредности коефицијента Спирманове корелације ранга указују на позитивну, слабу до умерену повезаност варијабли (p између 0.280 и 0.462) тако да мање функцијске способности прате већа физичка ограничења у оквиру улога. Исто тако, када смо питали наше испитанике колико потешкоћа имају на појединачним ставкама SRPQ скале сазнали смо да у димензији *Ограничења учешћа у друштвеној улози* највећи број испитаника, њих 46 нема физичких потешкоћа приликом свакодневних контаката с људима. Само десет испитаника има много физичких потешкоћа приликом учешћа у свим аспектима живота. Издвајају се физичке потешкоће при обављању плаћеног посла са просечним скором од 1.83 ($SD = 0.70$), док 8% испитиваних није у могућности да путује или одлази на одмор. И истраживању које смо већ поменули (Šimpraga & Zlatković-Švenda, 2020) ограничење улоге при остваривању различитих друштвених улога има статистичку значајност и ово ограничење је наглашеније код испитаника са РА приликом упражњавања хобија, при активностима у заједници, друштвеним догађајима, на путовању и одмору, у свакодневним контактима као и у свеукупним активностима у заједници. *Ограничења друштвене улоге* у наведеним доменима пронашли смо у још једној студији (Van Genderen et al., 2016) где су

наведена ограничења била утврђена значајније више у групи испитаника са РА у доменима слободног времена, путовања, одмора и запослења. У прегледној студији о АС (Davis et al., 2009) се показало да поред клиничких симптома и функционалних ограничења и партиципација у појединим друштвеним улогама као што су запослење, слободно време и интерперсонални односи може трпети негативне последице болести. Дејвис и аутори (Davis et al., 2009) су се сусрели са проблемом сиромаштва података о друштвеној партиципацији и потешкоћама у разликовању категорија друштвених улога у односу на обављање конкретне активности.

Може се рећи да је очекивано да особе са РА имају физичка ограничења у остваривању наведених улога имајући у виду карактеристично присуство бола и смањен обим покрета, пре свега у зглобовима горњих и доњих екстремитета, смањену мишићну снагу и стисак шаке, укоченост различитог интензитета, замор и већ наведену нижу функцијску способност. Резултати до којих су дошли аутори (Ahlstrand et al., 2012) који су се бавили проблемом бола и дневних активности код РА истакли су комплексност утицаја бола. Бол представља значајну баријеру у свакодневном животу кроз ограничења самосталности и партиципације, смањене активности и утицајем на контекстуалне факторе. Бол спречава особу са РА да уради шта жели или шта је потребно, затим је доводи у ситуацију да зависи од породице и окружења и узрокује неравнотежу у свакодневном функционисању. Кас и Тотова (Kaas & Tothova, 2017) саопштавају да се бол различитог интензитета и учесталости јавља као најчешћи и хроничан симптом код скоро 98,5% испитаних пацијената са РА.

Изгледа да су бенефити активности у току слободног времена значајни за особе са артритисом у смислу да нису терапијски организоване али утичу на смањење бола и побољшање покретљивости. Са друге стране активности које су биле могуће пре болести сада су лимитиране или нису могуће и неопходно је да се прилагоде функционалним способностима индивидуе у односу на новонастала функцијска оштећења услед РА. На пример особама са РА посао и активности везане за радно месту могу бити приоритет, на рачун жељених активности после посла, код куће или у слободно време. Захтеви на радном месту због ограничених функционалних способности и неопходног одмора угрожавају спортско рекреативне активности или хоби и оне ће бити занемарене што доводи до неравнотеже у њиховом свакодневном животу и друштвеним учешћима. Сверкер и сарадници (Sverker et al., 2015) су анализирали партиципацију особа са раним РА и проблеме физичких ограничења у активностима свакодневног живота узимајући у обзир дефинисаност ових појмова према Међународној класификацији функционисања, инвалидности и здравља. Испитаници су се сусретали са проблемима у оквиру породичног живота, међуљудским и интимним односима, у друштвеним односима и ширем окружењу у доменима слободног времена и рекреативних активности, затим у активностима из области уметности и културе. Претходно поменути аутори су квалитативним истраживачким методама и семиструктуисаним интервјуима сазнали да особе са артритисом замењују поједине захтевне физичке активности мање захтевним (на пример возња бицикле са пријатељима може бити замењена шетњом у друштву). Исто тако испитаници су пријавили да су наставили да се баве активностима које су биле у области њиховог интересовања али су морали да их прилагоде својим могућностима или су били у ситуацији да прихвате и покашају да занемаре појаву бола при извођењу. Наиме, неки од њих су били често уморни након радног ангажовања, било им је неопходно да одвоје време за одмор што им одузимало важан део слободног времена и време које би провели у неформалном дружењу са пријатељима (Sverker et al., 2015). За испитанике из студије о анкилозирајућем спондилитису (АС) учешће у слободном времену и одмору или остваривање путовања припадају најважнијим социјалним улогама и

њима испитаници придају већи значај у односу на учеснике контролне групе (Van Genderen et al., 2016). У овим доменима је и највећа разлика у перцепцији важности и задовољства учешћем у наведеним друштвеним улогама. Имајући у виду да SRPQ омогућава израчунавање разлике резултата између значаја или важности улоге и задовољства вршењем улоге пронашли смо да је и код наших испитаника највећа разлика између *Значаја улоге* и *Задовољства вршењем улоге* нађена у категорији која се односила на путовање или одмор (0.78, SD = 0.82). За особе са РА је важно да могу да остваре путовање, али они нису задовољни коначном реализацијом те активности. У прилог овоме говори и податак да 8% испитаника у нашем истраживању није у могућности да путује или одлази на одмор због физичких потешкоћа.

Применом SRPQ упитника испитали смо и значај или важност друштвене улоге у односу на радни статус и пронашли да постоји статистички значајна разлика у резултатима на нивоу $p < 0.05$. Статистичку значајност достигла је разлика између просечних вредности запослених испитаника и учесника који су у пензији (3.99 према 3.58; $p = 0.022$). Живети са хроничном болешћу као што је РА има значајан утицај на социјалну партиципацију којој припадају и радне активности (Ahlstrand et al., 2012; Gignac et al., 2013). Вишеструки ефекти болести могу бити праћени скраћењем радног времена, променом радног места, недостатком или губитком посла. Честа је и немогућност да се настави рад или настанак трајне инвалидности што за последицу има лошији укупан квалитет живота. Сагледавајући наведено, радно ангажовање доприноси испуњавању социјалне улоге важне за особе са РА (Van Vilsteren et al., 2015). Даље, резултати студије идентификују губитак радне продуктивности у вези са личним, клиничким и факторима радног окружења. Погоршање менталног здравља, физичка ограничења учешћа у улози и бол могу бити предиктори губитка продуктивности на послу што је у вези са нижим квалитетом живота. И у нашем ранијем истраживању (Šimpraga & Zlatković-Švenda, 2020) где смо испитивали и повезаност између демографских варијабли и остваривања различитих друштвених улога особа са РА утврдили смо да је фреквентније присуство физичких потешкоћа у вези са повећаном незапосленошћу, односно смањеним радним ангажовањем где остале варијабле нису биле повезане са постигнућима испитаника на субскалама *Значај друштвене улоге* и *Ограничења учешћа у друштвеној улози*.

Дејвис и сарадници (Davis et al., 2009, 2011) су применили SRPQ упитник у више наврата у истраживању код особа са спондилоартритисом, анкилозирајућим спондилитисом и псоријатичним артритисом. Извештаји истраживања говоре у прилог закључку да је учешће у друштвеним улогама значајан концепт за особе са појединим облицима артритиса. Код ових стања запаљеног реуматизма могућ је настанак радне инвалидности те се потврђује претпоставка поменутих аутора да су они који су били радно онеспособњени били мање задовољни својим учешћем. Мерећи партиципацију код особа са неким обликом запаљеног реуматизма, мере процене нису биле само у оквиру учесталости и ограничења већ су били обухваћени и субјективни аспекти партиципације - индивидуалне жеље и задовољство учешћем. У поређењу са претходним разматрањима, у нашем истраживању разлике у резултатима на субскалама *Ограничење улоге* и *Задовољство вршењем улоге* нису достигле задати ниво статистичке значајности у односу на радни статус.

Даље, у студији из 2011. године Дејвис са сарадницима (Davis et al., 2011), се позива и на закључке ранијих истраживања (Gignac et al., 2008; Machado et al., 2008) према којима се озбиљност и активност болести, психолошки аспекти и функционална ограничења могу довести у везу са нижим задовољством при остваривању неке социјалне улоге. Са друге стране аутори који су истраживали утицај РА на радне способности (Olofsson et al., 2014) сматрају да активност болести и физичка оштећења имају утицај на радну и социјалну

партиципацију. У нашем истраживању утврђена је статистички значајна разлика на нивоу $p < 0.05$ у резултатима на субскали димензије *Значај улоге* у односу на активност болести. Статистичку значајност су достигле вредности разлике између просечних вредности испитаника са ниском и умереном активношћу болести (3.48 према 4.08; $p = 0.027$). Резултате смо упоредили са резултатима скорије студије попречног пресека где је циљ био да се утврди утицај социјалне партиципације на квалитет живота (Devrimsel & Beyazal, 2021). Пронађена је веза између активности болести и социјалне партиципације, тачније негативна корелација између SRPQ скорова на субскалама *Значај* и *Задовољство вршењем улоге* и DAS28 ($p < 0.05$). Такође је утврђена и позитивна корелација између добијених вредности на субскали *Ограничење улоге* према SRPQ и DAS28 ($p < 0.05$). Према томе, виши степен активности болести код особа са РА ограничава друштвену партиципацију и као последицу тога узрокује смањено задовољство учешћем у улози, што води ка томе да се учешће у улогама перципира као мање важно.

Ако узмемо у обзир да функционалне способности добрим делом одређују друштвено учешће кроз свакодневно функционисање особа са РА очекивани ће бити резултати процене следеће димензије - *Задовољство вршењем улоге*. Процентом ове димензије утврдили смо статистичку значајност повезаности резултата према SRPQ и HAQ скорова функцијске неспособности. Ниже функцијске способности испитаника у нашем истраживању прати мање задовољство остваривањем улоге (p између -0.328 и -0.425), јер их оштећења могу ометати при обављању посла, слободном времену или путовању. Видели смо да је највећем броју испитаника важно да имају потомке, као и да су им важни односи са другим члановима породице. То је улога која их поред своје важности, емоционално испуњава кроз интеракцију са децом, пасторцима, уницима као и другим члановима породице. Још је Жињак је са сарадницима (Gignac et al., 2013) као најзначајније процењене социјалне улоге у димензији *Задовољство вршењем улоге* пријавила односе са децом и члановима шире породице, поред интимних односа и запослења. Поменуто истраживање је за учеснике имало особе са ОА, те не чуди да су слободно време, путовања, хоби и друге друштвене активности процењене као учешћа која носе најмање задовољства. Имајмо у виду функционалне способности које су очекивано биле снижене услед артритиса и оштећења на зглобовима. Односи са ближњима, пажња, учешће у активностима као што је игра са унуцима доноси задовољство и промену фокуса са бола као скоро перманентно присутног симптома, као и до смањења нивоа бола због лагане активности (Ahlstrand et al., 2012). Ово може бити један од разлога исхода утврђених код наших испитаника који задовољство при вршењу неке од социјалних улога управо остварују у контакту са децом и члановима породице, како смо већ реферисали.

Утврдили смо да постоји корелација између социјалне партиципације и квалитета живота код испитаника са РА, чиме је потврђена трећа истраживачка хипотеза.

Пронашли смо да ограничења или потешкоће у остваривању социјалних улога прати нижи степен квалитета живота ($\rho = 0,48$, $p < 0,001$), при чему веће задовољство при остваривању поједине улоге прати већи степен квалитет живота ($\rho = -0,34$, $p < 0,001$). Исто тако, пронашли смо и да код испитаника различитог пола постоји повезаност између наведених димензија социјалне партиципације која се разликује у јачини повезаности. Тако је код испитаника мушког пола јака и позитивна корелација између *Ограничења остварености улога* и квалитета живота, док је са друге стране код испитаника женског пола утврђена умерена и позитивна повезаност између ове димнзије социјалне партиципације и квалитета живота.

Често се сматра да је процена функционалних способности уједно мера или супституција за процену квалитета живота (De Jong et al., 1997; Kingsley et al., 2011). Другим

речима, Упитником о квалитету живота код реуматоидног артритиса (*Rheumatoid arthritis quality of life, RAQoL*) не мери се примарно функција али се кроз процену дневних активности добија информација о квалитету живота специфично за особе са РА (Maska et al., 2011). На пример, кроз питања о физичком контакту особе са РА и околине, сазнајемо да постоји брига због могућности повређивања приликом физичког додира. Харун са сарадницима (Haroop et al., 2007) је у већ цитираној студији известио да функционални статус има највећи утицај на квалитет живота, а потом и дужина болести и активност болести. Испитивали смо квалитет живота и у ту сврху применили скалу RAQoL којом се путем 30 питања процењују специфичности квалитета живота особа са РА. Већ смо описали RAQoL као најбоље валидиран упитник међу инструментима намењеним за процену квалитета живота код РА у смислу методологије, квалитета мерења и психометријске евалуације (Lee et al., 2014; Heaney et al., 2017). Одговарајућим питањима смо проценили расположење и емоције, друштвени живот, хоби, испуњавање свакодневних задатака, личне и социјалне односе и физички контакт. Према добијеним резултатима за 55% испитаника је потребно више времена за обављање кућних послова, 25% је изјавило да због свог стања избегава гужву, има тешкоће при дужем ходу, те избегавају да се рукују са људима. Са друге стране 98% је негирало неспособност да учествује у активностима са породицом и пријатељима. Виши скор RAQoL (0 до 30) указује на лошији квалитет живота. Резултат RAQoL који смо добили код наших испитаника је био 19 од могућих максималних 30.

Када смо испитивали квалитет живота код особа са РА у односу на поједине карактеристике посебно смо указали на повезаност квалитета живота, активност болести и функционалних способности. У спроведеном истраживању, у компарацији укупног постигнућа испитаника на специфичном упитнику за процену квалитета живота код РА - RAQoL у односу на активност болести утврђена је статистички значајна разлика на нивоу $p < 0.01$, са разликом између медијалних вредности RAQoL скорa испитаника са умереном активношћу болести и испитаника у ремисији (7.00 према 2.00; $p = 0.002$). Потврђена је и статистичка значајност повезаности постигнућа испитаника на RAQoL упитнику и постигнућа на HAQ упитнику, где вредности коефицијента Спирманове корелације ранга указују на позитивну, умерену до јаку повезаност између наведених варијабли тако да више HAQ скорове, односно мање функцијске способности прати виши RAQoL скор, тачније нижи квалитет живота. Овакви резултати потврђују хипотезу да постоји повезаност између квалитета живота и функционалних способности код особа са реуматоидним артритисом. Међутим, резултати нашег истраживања нису потврдили хипотезу да постоји повезаност квалитета живота и демографских карактеристика, осим појединих - повезаност квалитета живота, пола и породичног статуса мале јачине утицаја.

У контексту добијених резултата, активност болести је значајан предиктор функционалних оштећења и нижег квалитета живота, непобитно је да РА може угрозити све аспекте квалитета живота социјалне партиципације и дисфункције у ширем окружењу. Ове наводе потврђује и истраживање (Goma et al., 2019) где су активност болести (DAS28) и квалитет живота (RAQoL) у значајно позитивној корелација ($r = 0.70$, $p = 0.00$). Испитаници који су били у ремисији или у фази ниске активности болести су имали низак RAQoL скор и тиме добар квалитет живота. Са друге стране испитаници са високом стопом активности болести су имали и висок RAQoL скор што је упућивало на лош квалитет њиховог живота. И према извештају турских аутора (Sunar et al., 2015) активност болести има негативан утицај на функционалност и квалитет живота код РА. Подаци су прикупљени применом стандардних инструмената DAS28, HAQ и RAQoL. Упоредјујући могућности појединих генеричких инструмената и инструмената који се користе за процену квалитета живота специфично код РА (RAQoL, HAQ), Мера и сарадници (Marra et al., 2005) су у нешто

старијем истраживању дошли до сличних података о повезаности активности болести, функционалних оштећења и квалитета живота код РА.

Ако узмемо у обзир повезаност активности болести и социјалне партиципације које смо већ описали, може се рећи да активност болести и бол доприносе физичким потешкоћама које даље угрожавају социјалну партиципацију и квалитет живота особа са РА. Због тога смо анализирали резултате студије попречног пресека којом је испитиван утицај социјалне партиципације на квалитет живота (Devrimsel & Beyazal, 2021). Студијом је обухваћена група особа са РА (115 испитаника, средње године старости 53.67 ± 8.19) и контролна група коју су чинили њихови рођаци, (95 испитаника волонтера без присуства мускулоскелетних запаљенских болести, средње године старости 52.52 ± 8.47) без статистички значајних разлика у демографским карактеристикама ($p > 0.05$). Квалитет живота и утицај активности болести и бола је мерен RAQoL, DAS28 и VAS скалом – при мировању и кретању. У групи са РА било је 13 пацијената са благом активношћу болести, 61 са умереном и 26 са високом активношћу болести. Студијом су утврђене позитивне корелације RAQoL скорса са VAS као и DAS28 скоровима ($r = 0.075$, $p = 0.000$; $r = 0.80$, $p = 0.000$, респективно) ($p < 0.001$), чиме се потврђује утицај активности болести преко бола на квалитет живота особе са РА. Такође, Гарип и сарадници (Garip et al., 2011), су упоређивали варијабле које утичу на квалитет живота, на узорку од укупно 153 испитаника са РА (129 жена и 24 мушкараца). Истраживање је показало снажну корелацију RAQoL са скалама HAQ и DAS28 ($r = 0.82$, 0.82 респективно). Закључак студије је био да је RAQoL важна скала која одражава квалитет живота и да активност болести и функционални статус имају значајан утицај, узимајући у обзир и значајан утицај бола и радиолошке прогресије на квалитет живота ових особа.

У литератури постоје радови који су за циљ имали да се упореди утицај појединих коморбидитета и активности дневног живота на квалитет живота код РА или других реуматских стања из области запаљеног реуматизма као што је анкилозирајући спондилитис (АС). Арин и сарадници (Arin et al., 2016), су својом студијом обухватили две групе пацијената (265 са анкилозирајућим спондилитисом и 111 са реуматоидним артритисом) и применили одговарајуће инструменте, као и специфичне скале за процену квалитета живота код АС и РА. Утврђена је позитивна корелација између HAQ - а ($p < 0.001$, $r = 0.564$) и RAQoL скорова код РА, што показује да дневне активности имају утицај на квалитет живота особа са РА.

Уобичајено је да особе са РА на почетку болести односно у раном стадијуму РА имају лошији квалитет живота. Након почетка терапије и по увођењу лекова који модификују болест квалитет живота се побољшава, а затим током времена опада. Према Кингслијевој и сарадницима (Kingsley et al., 2011) код пацијената са утврђеним РА који су на стандардној терапији квалитет живота се смањује за приближно 1% годишње. Увођењем интензивног лечења које укључује и биолошку терапију очекивано погоршање у квалитету живота се снижава. Обзиром да су наши резултати показали да нема статистички значајне разлике у квалитету живота код испитаника који су били на стандардној терапији и комбинацији стандардне и биолошке терапије, ослонили смо се на резултате истраживања где је циљ био да се утврди утицај савремене терапије на квалитет живота код РА. Сврха примене терапије према циљу (*treat to target*, енг.) јесте клиничка ремисија са ниском активношћу болести. Према ажурираним препорукама EULAR – а из 2019. године (Smolen et al., 2020) акценат у лечењу је дат фармаколошкој терапији са DMARD лековима који мењају ток болести. Ова терапија доводи до смањења клиничких знакова и симптома уз побољшање или нормализацију физичке функције, квалитета живота као и социјалних и радних капацитета. Овде се наглашава и смањење појаве и заустављање прогресије структуралних оштећења

артикуларног и периартикуларног ткива. Препоруке EULAR – а из 2019. године су изведене из претходних из 2016. године, на основу анализе и закључака обимних систематских прегледа литературе и мишљења стручњака из целог света. Четврти свеобухватни принцип или *принцип В*. који је за нас интересантан у контексту повезаности квалитета живота и активности болести додат је 2016. године и остао је непромењен у контексту укупно пет принципа у допунама за 2019. годину. Препоруке у третману су се доносиле на основу ових принципа и управо *принцип В*. упућује да се одлуке о лечењу базирају на стопи активности болести и факторима који су важни за пацијента као што су комобирдитети и прогресија структуралних оштећења (Smolen et al, 2020). Поштовање овог принципа је посебно важно у смислу одлучивања о употреби биолошке DMARD и циљано синтетичке DMARD терапије. У истраживању спроведеном у Бугарској, циљ је био да се утврди да ли долази до промена у квалитету живота особа са РА после 6 и 12 месеци примене конвенционалне синтетичке DMARD и биолошке DMARD терапије (Boyadzhieva et al., 2017). У студији је учествовало 220 пацијената, старости 55.05 ± 10.63 SD стратификованих у две групе према годинама старости и режиму лечења. За прикупљање података коришћени су генерички упитници HAQ-DI, SF-36 и RAQoL. После шест месеци примене биолошке DMARD терапије дошло је до значајног смањења у вредностима HAQ-DI и RAQoL у односу на другу групу испитаника ($0.86 \pm 0.5SD$ vs $1.17 \pm 0.76SD$, $p < 0.001$; $10.98 \pm 6.53SD$ vs $14.55 \pm 7.96SD$, $p < 0.001$ респективно). Пацијенти који су примили биолошку терапију имали су значајно побољшање квалитета живота мерено инструментима HAQ-DI, SF-36 и RAQoL у односу на другу групу ($p < 0.001$). Стратегије у лечењу РА се усмеравају ка побољшању симптома активности болести и одржавању функцијских способности, а тиме се побољшава квалитет живота особа са РА закључује Бојадџиева са сарадницима (Boyadzhieva et al., 2017).

Више фактора утиче на квалитет живота код болести које су хроничног тока и трају током низа година. Осим ефеката болести и терапије која се предузима, на квалитет живота утичу пратеће болести, демографски фактори, уверења особе, економски фактори. Изгледа да је тешко повезати промене у квалитету живота са појединим издвојеним поступцима или аспектима неге. Сигурно је да се применом доступних и савремених терапијских опција постижу терапијски циљеви и тиме утиче на квалитет живота. Међутим, без обзира на све бенефите побољшаних терапијских исхода често није могуће постићи постављене циљеве терапије, ремисију или ниску активност болести. Према подацима 20% до 30% пацијената не реагује на тренутне терапијске приступе (Smolen et al., 2020). Још је у ранијим истраживањима истакнуто да примена и доступност напредних терапијских приступа не доноси засигурно побољшање квалитета живота појединца (Krol et al., 1993). Код ових особа контрола бола и умора, а пре свега одржавање функционалности и процена квалитета живота као крајњег циља је од примарног значаја. Поставља се питање на који начин и којим додатним поступцима смањити или контролисати негативне утицаје болести на социјално учешће и следствено томе на квалитет живота особа са РА.

Према добијеним резултатима спроведеног истраживања смањене функционалне способности ограничавају учешће у социјалним улогама што је даље у корелацији са нижим квалитетом живота те ће и већина поступака рехабилитационог процеса бити планирано у циљу превенције и смањења физичких оштећења. Међутим, било би корисно подржати и психосоцијални аспект како би рехабилитација особа РА била што комплетнија. У том смислу једна од препорука је имплементација програма социјалне подршке како би се особе са РА повезале са другим особама, које разумеју болест и проблеме који је прате. Овим видом подршке се утиче на квалитет живота кроз социјални аспект који се одражава задовољством појединца учешћем у породичном животу, социјалном окружењу и дружењу са пријатељима. Социјална „мрежа“ пружа подршку како би се особа са РА остварила у

улогама које су за њу веома важне - рад, домаћинство, слободно време, затим финансијски положај и политичко учешће као крајњи и структурни аспект квалитета живота (Krol et al., 1993). Кроз социјалну подршку особа са РА осећа да има улогу у заједници и да није више изолована због своје болести. Бенефити социјалне подршке су нарочито значајни за особе које дужи временски период живе са РА и које могу бити подршка особама код којих је артритис скорије дијагностикован и сусрећу се са новонасталом ситуацијом у многобројним животним аспектима (McCaigon, 2015). Присуство групним сесијама и технике самоедукације омогућавају и оснажују појединца како би могао да „управља“ сопственом болешћу и на тај начин утиче на сопствени квалитет живота. Резултати студија су потврдили важност социјалне подршке код бола и инвалидитета (Lee et al., 2016; Savelkoul et al., 2000).

Ослањајући се на резултате нашег истраживања где су у остваривању социјалних улога за испитанике веома значајни односи са другим члановима породице можемо указати на важност програма који се у основној поставци базирају на подршци породице. У новијим мета - прегледним студијама (Sousa et al., 2021) подршка породице је идентификована као важан фактор прилагођавања код пацијената са хроничним стањима. Резултати опсежне студије упућују да интервенције које се ослањају на подршку породице могу утицати на исходе социјалног и емоционалног функционисања, свакодневно функционисање у домаћем окружењу, иницирање социјалне подршке, као и смањење бола и емоционалног стреса. Међутим, изгледа да истраживања која сугеришу породичне интервенције као облик помоћи особама са хроничним болестима, између осталих и са реуматидним артритисом, за сада нису дала довољно емпиријског материјала. Постављање теоријске основе је неопходно како би се пажљиво развијали психосоцијални програми према специфичним потребама учесника уз смањене ризике од лоших исхода (Sousa et al., 2021; Shields et al., 2012).

Сагледавајући РА као хронично дуготрајно стање предлажу се интервентни програми за очување квалитет живота. У том смислу, једна од препорука EULAR - а је едукација пацијената о својој болести и на тај начин учешће у сопственом лечењу или *self – menagment*. Основа овог концепта је у социјално когнитивним теоријама према којима се променом понашања повећава самопоуздање и могућност самоконтроле сопствене болести (Lorig et al., 2001, 2003, према Knudsen et al., 2022).

Начини едукације могу бити различити, те пратећи савремене трендове имали смо у виду да је и Светска здравствена организација препознала напредак дигиталних технологија и корисност у смислу пружања здравствене заштите. Неке од могућих стратегија у побољшању социјалне партиципације и тиме квалитета живота могли би бити образовни програми *e – учења* за особе са РА. У једном новијем истраживању (Knudsen et al., 2022) процењујући употребљивост нових интерактивних програма у групи од десет испитаника, међу неколико идентификованих тема јавила се потреба за учењем о РА као „*Новој животној ситуацији*“ и „*Свакодневном животу са реуматидним артритисом*“. Према образовним потребама креиран је програм *e – учења* кроз три модула који су обухватили информације о току болести РА, симптомима, препорученим прегледима, лечењу али и свакодневном животу. Учење је планирано комбиновањем популарних дигиталних алата као што су анимација, подкаст, затим сопствене приче пацијената, текстови и тестови. Сматрамо да би за особе са РА у смислу побољшања њиховог социјалног учешћа био од користи предложени садржај *Модула 3*. (Knudsen et al., 2022). Садржај модула обухвата практичне информације и подршку у областима свакодневног живота: интерперсонални односи и друштвени живот, затим образовање и запослење, физичке активности, спавање и одмор, путовање, интимни односи, искуствена прича особа са РА „*Мој дан са реуматидним артритисом*“ и др. Предност оваквог учења јесу садржаји који су доступни за већину особа са РА на начин који је лако разумљив, привлачан, забаван и омиљен. Уосталом живимо у

дону у коме је већ усвојен мултимедијални принцип, који је у основи програма осмишљеног од стране Кнудсена и сарадника (Knudsen et al., 2022). Изгледа да смо навикли да одређене садржаје пре усвајамо кроз презентацију слике и речи, без обзира на животну доб. Комбиновање искуства пацијената са стручним знањем професионалаца као и увођење иновативних приступа и дигиталних алата у едукацију особа са РА може утицати на побољшање квалитета живота као крајњег циља свих мера које се предузимају.

У предложеним поступцима сматрамо да је важно укључити и један шири концепт квалитета живота. Поред способности да се нешто уради важно је задовољство обављањем или вршењем улоге, уживање у животу у целини или срећа као крајњи циљ (Santos et al., 2018). Срећа може представљати задовољство животом, здраве међуљудске односе, поштовање природе, других људи, уживање у лепоти и уопште развијање позитивних емоција. Поставља се питање шта детерминише срећу код особа са артритисом и како је увећати и употпунити квалитет живота? Претходно наведени аутори су спровели студију попречног пресека која је обухватала процену активности болести, утицај болести, процену личности, квалитета живота и среће (n = 213). Показало се да постоји повезаност између среће и „позитивности“ личности, као и да поседовање таквих особина личности ублажује утицаје болести. Према томе, стање срећа може умањити негативне ефекте болести на квалитет живота, али чини се да сама личност или особност доприноси да појединац са РА живи пуним животом и поред присуства болести. У смислу јачања личности предлажу се интервенције позитивне психологије и когнитивно - бихејвиоралне терапије као што су прихватање, медитација, *mindfulness*, позитивно расположење (Bolier et al., 2013 према Santos et al., 2018).

Учешћем у холистичким третманима (*mind body interventions*) значајно се смањују психо - соматски симптоми. Дозираним практиковањем се повећа амплитуда покрета, еластичност зглобова, снага мишића и координација покрета чиме се побољшава функционалност, затим се продужавају периоди ремисије и тако стварају услови за учешће у социјалним улогама и утиче на укупан квалитета живота (Akyuz & Kenis-Coskun, 2018; Gautam et al., 2021; Slagter et al., 2022). Потреба и у крајњем случају жеља особа са РА да се антиреуматски лекови замене одговарајућим животним стилем уводи примену јоге као и додатне и економичне здравствене дисциплине које немају нежељене ефекте (Thai chi, медитација). Практиковањем јоге се смањује перцепција бола и активност болести код активног РА, према исходима VAS, HAQ, DAS28 инструмената процене (Gautam et al., 2019).

Едукација особа са РА здравом животном стилу утицала би на одржање квалитета живота. Новије студије указују на повезаност животног стила и РА. Шефер и Кајсер (Schäfer & Keyser, 2022) су прегледном студијом поред осталог, идентификовали пушење, нездраву исхрану, гојазност и лошу физичку активност као навике које могу утицати на лошије исходе лечења и на одговор РА на антиреуматске лекове. Правременом информацијом заснованом на медицинским доказима особе са РА би биле упознате са елементима животног стила који заиста имају ефекат на квалитет живота, уместо медијских кампања и комерцијалних понуда које промовишу здравље и благостање (Ikuuama et al., 2009).

Неке од предложених мера су прихваћене и практикују их особе са РА у нашој земљи. Један вид социјалне подршке су друштва која окупљају особе са неком врстом проблема или обољења. Удружење оболелих од реуматских болести Републике Србије (ОРС) је основано са циљем пружања помоћи члановима оболелим од реуматских болести и са реуматским тегобама у циљу превенције, рехабилитације и ресоцијализације. Да Удружење броји 1800 чланова и да се чланство увећава јесте податак који указује да постоји потреба за социјалном подршком и системским решењима за ову популацију. На сајту Удружења доступно је

мноштво едукативних садржаја ради боље информисаности и у циљу побољшања квалитета живота особа са реуматским тегобама, њихових породица као и свих заинтересованих. Сазнали смо да Удружење кроз своје активности спроводи програме који могу бити интересантни и подстицајни за испитанике спроведеног истраживања: едукација о болести путем брошура, курсеви самопомоћи, саветовалиште, вести у вези са актуелностима у области реуматских болести, затим учешће у пројектима (EULAR) и међународна сарадња.

Упознати смо са програмима организованих физичких активности јоге и Thai chi вежби које се организују под покровитељством Удружења. Програме спровode учитељи ових вештина, вођењем прилагођених и дозираних часова вежби према функционалним оштећењима учесника групе. Међутим, бенефити ових тренинга су учешћа у заједничким активностима кроз дружење, квалитетно испуњено слободно време и подршку. Имали смо прилику да присуствујемо часовима јоге као и да осетимо задовољство, расположење и смех после заједничког часа. Поред добре информисаности сматрамо да су од непроцењиве вредности активности у виду организовања конкретних сусрета, окупљања ради размене знања, дружења или излети и путовања. Наведене активности су конкретни примери социјалног учешћа и подршке.

Добар пример социјалног учешћа и побољшања квалитета живота јесте пројекат ОРС – а (2019) у сарадњи са EULAR – ом којим се планирано помаже процес запошљавања особа са реуматским болестима. Циљ пројекта је подизање свести целокупне заједнице и свих учесника у овом процесу (послодавци и релевантни државни органи), о проблемима у вези запошљавања особа са реуматским стањима. Примери добре праксе указују на важност запослења и предности учешћа у радном процесу. Наиме, ово је један од аспеката помоћи у борби с болешћу - обезбеђивањем конкретних услова, особе са РА су у ситуацији да остваре учешће не само у породичном, свакодневном животу већ и да узму учешће у ширем социјалном контексту.

VI ЗАКЉУЧАК

На основу постављеног циља истраживања као и приказаних резултата истраживања можемо извести следеће закључке:

- Резултати истраживања показују да постоји повезаност између социјалне партиципације и демографских карактеристика, као и социјалне партиципације и функцијске способности код особа са реуматоидним артритисом. Односи са децом (потомци, унуци) и односи са другим члановима породице су идентификовани као најважнија социјална мрежа и подршка за особе са РА. У односу на личне факторе социјална партиципација зависи од животне доби и то тако да је за испитанике средње и старије животне доби остваривање у социјалним улогама од веће важности у односу на испитанике млађе животне доби.
- За особе са РА је важно да се остваре у аспекту образовања, где је за особе са РА које су високо образоване значај остваривања улоге у односу на образовање и задовољство при остваривању ове улоге веће у односу на особе средњег нивоа образовања. За особе са РА које су запослене је важно да остваре свој радни статус у односу на оне који су у пензији или незапослени.
- Што се тиче утицаја контекстуалних фактора (самосталног живота, живота у заједници), живот у заједници ограничава остваривање социјалних улога. У односу на место боравка (урбана, рурална средина), особе које живе у урбаној средини остварују веће задовољство при учешћу у социјалним улогама.
- Умерена активност болести утиче на социјалну партиципацију, где особе са умереном активношћу болести дају већу важност остваривању социјалних улога. Особе са РА које користе комбиновани начин лечења (стандардну и биолошку терапију), придају већу важност и остварују веће задовољство при остваривању социјалних улога у односу на особе са РА које користе само стандардни облик терапије.
- Ниже функцијске способности код особа са РА су у корелацији са већим ограничењима при остваривању социјалних улога и то у домену слободног времена, путовања и плаћеног посла. Такође, ове особе изражавају мање задовољство при остваривању социјалних улога услед снижених функционалних способности.
- Резултати истраживања показују да постоји повезаност између квалитета живота и појединих демографских карактеристика, као и квалитета живота и функцијске способности код особа са реуматоидним артритисом. Пол, живот у заједници и активност болести утичу на квалитет живота особа са РА.
- Добијени резултати истраживања показују да су социјална партиципација и квалитет живота код особа са реуматоидним артритисом у корелацији. Социјална партиципација утиче на квалитет живота тако што већа ограничења при остваривању социјалних улога прати нижи степен квалитета живота. Веће задовољство при учешћу у социјалним улогама у вези је са вишим квалитетом живота особа са РА.

Напредак медицине и фармаколошке терапије мења структуру живота оболелих од запаљенских реуматских болести. Интересовања истраживача различитих научних области усмерена су ка истраживању детерминишућих фактора квалитета живота особа са РА у смислу максималног учешћа при остваривању социјалних улога. Резултати истраживања упућују на потребу за проналажењем решења која ће омогућити социјална учешћа изводљива у популацији особа са РА. Досадашња истраживања у Западној Европи и Америци указују на сврсисходност мера превенције и контроле које могу значајно унапредити квалитет живота особа са РА. У том смислу, исте можемо имплементирати у систем социјалне и здравствене заштите у нашој земљи.

Програме подстицања и побољшања партиципације потребно је прилагодити особама са РА, уважавајући специфичности димензија социјалног учешћа које смо утврдили овим истраживањем. Те су тако од *важности и значаја* за особе са РА деца и односи са другим члановима њихових породица, повезаност са потомцима и континуитет школовања им доносе *задовољство*, док су функционалне потешкоће узрок *ограничењима* у остваривању друштвених улога. Компоненте три димензије учешћа које су биле предмет процене партиципације могле би бити смернице у осмишљавању и развијању система подршке за ове особе.

Ограничења овог истраживања се огледају у следећем: сматрамо да су недовољно испитани здравствени ризици (гојазност, неадекватна исхрана, физичка неактивност, конзумирање дувана и алкохола) као и здравствени ресурси, тачније на који начин и у којој мери стил живота и навике особа са РА могу утицати на социјалну партиципацију и квалитет њиховог живота.

Препоруке за даља истраживања

Имајући у виду значај утицаја социјалне партиципације на квалитет живота особа са РА, сматрамо да овај истраживачки рад може бити основ за даље студије, те можемо дати неколико препорука за следећа истраживања.

У истраживању смо испитивали социјално учешће у широком спектру друштвених улога, прикупљањем података са становишта особа које имају хроничну, прогресивну болест. Препорука је примена SRPQ инструмента за прикупљање комплетнијих података о социјалним учешћима код особа са неким другим обликом запаљенског реуматизма, применом исте методологије. Затим, утврђивање социјалне партиципације кроз друштвене улоге и поређење особа са РА и испитаника са неким обликом запаљенског реуматизма.

Карактеристичан почетак РА у средњем животном добу и хроничан ток јесу препорука за будућа истраживања лонгитудиналног дизајна, како би се пратио утицај старења, које представља актуелни проблем савременог доба, на социјалну партиципацију и укупан квалитет живота особа са артритисом.

У спроведеном истраживању, већину у посматраном узорку су чиниле особе женског пола. Лична карактеристика пол је значајна детерминанта РА, те је већа заступљеност особа женског пола у истраживањима у складу са карактеристиком РА да жене обољевају два до три пута чешће у односу на мушкарце. Сматрамо да би за науку било интересантно испитати социјалну партиципацију и квалитет живота у популационој групи коју би већином чиниле особе мушког пола са РА.

Особе са РА имају потешкоће на радном месту због раскорака између захтева на послу и свакодневног бола у различитим сегментима. Према нашим сазнањима до сада није извршена процена социјалне партиципације и квалитета живота особа женског пола са РА, млађе старосне доби, радно активних. Исто тако, нисмо пронашли да је примењен инструмент за процену учешћа у различитим друштвеним улогама посебно у овој популацији, којим би биле обухваћене све димензије социјалне партиципације, између осталог и радни статус. Препорука за нека од наредних истраживања била би да јединица посматрања буду особе женског пола, млађе животне доби, радно активне, код којих би се испитала социјална партиципација нарочито у домену радног статуса, а затим утврдила веза са квалитетом живота.

VII ЛИТЕРАТУРА

1. Akyuz, G., & Kenis-Coskun, O. (2018). The efficacy of tai chi and yoga in rheumatoid arthritis and spondyloarthropathies: a narrative biomedical review. *Rheumatology international*, 38(3), 321-330. <https://doi.org/10.1007/s00296-017-3867-2>
2. Allen, A., Carville, S., & McKenna, F. (2018). Diagnosis and management of rheumatoid arthritis in adults: summary of updated NICE guidance. *BMJ*, 362, k3015. <https://doi.org/10.1136/bmj.k3015>
3. Aletaha, D., & Smolen, J. S. (2015). Evaluation and outcomes of patients with rheumatoid arthritis. In M. C. Hochberg, A. J. Silman, J. S. Smolen, M. E. Weinblatt, M. H. Weisman (Eds.), *Rheumatology* (6th ed.) (pp 790 – 800). Mosby-Elsevier.
4. Aletaha, D., Neogi, T., Silman, A. J., Funovits, J., Felson, D. T., Bingham, C. O., Birnbaum, N. S., Burmester, G. R., Bykerk, V. P., Cohen, M. D., Combe, B., Costenbader, K. H., Dougados, M., Emery, P., Ferraccioli, G., Hazes, J. M. W., Hobbs, K., Huizinga, T. W. J., Kavanaugh, A.,...Hawker, G. (2010). Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis & Rheumatology*, 62 (9), 2569-2581. <https://doi.org/10.1002/art.27584>
5. Aletaha, D., & Smolen, J. S. (2018). Diagnosis and management of rheumatoid arthritis: a review. *Jama*, 320(13), 1360-1372. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.13103>
6. Aletaha, D., Nell, V. P., Stamm, T., Uffmann, M., Pflugbeil, S., Machold, K., & Smolen, J. S. (2005). Acute phase reactants add little to composite disease activity indices for rheumatoid arthritis: validation of a clinical activity score. *Arthritis research & therapy*, 7(4), 1-11. <https://doi.org/10.1186/ar1740>
7. Aletaha, D., Alasti, F., & Smolen, J. S. (2016). Optimisation of a treat-to-target approach in rheumatoid arthritis: strategies for the 3-month time point. *Annals of the rheumatic diseases*, 75(8), 1479-1485. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2015-208324>
8. Anderson, J., Caplan, L., Yazdany, J., Robbins, M. L., Neogi, T., Michaud, K., Saag, K. G., O'dell, J. R. & Kazi, S. (2012). Rheumatoid arthritis disease activity measures: American College of Rheumatology recommendations for use in clinical practice. *Arthritis care & research*, 64(5), 640-647. <https://doi.org/10.1002/acr.21649>
9. Arigo, D., Suls, J. M., & Smyth, J. M. (2014). Social comparisons and chronic illness: research synthesis and clinical implications. *Health Psychology Review*, 8(2), 154-214. <https://doi.org/10.1080/17437199.2011.634572>
10. Arin, G., Kisacik, P., Akdogan, A., Kilic, L., Berberoglou, U., Karabulut, E., Dogan, O., & Unal, E., (2016). AB1099-HPR Comparison of The Effect of Daily Living Activities and Depression on Quality of Life in Patients with Ankylosing Spondylitis and Rheumatoid Arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 75, 1307. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-eular.4922>
11. Arthritis Foundation. (2019). What Is arthritis? Arthritis Foundation. <https://www.arthritis.org/health-wellness/about-arthritis/understanding-arthritis/what-is-arthritis>, [приступљено 07.04.2019]

12. Ahlmén, M., Svensson, B., Albertsson, K., Forslind, K., & Hafström, I. (2010). Influence of gender on assessments of disease activity and function in early rheumatoid arthritis in relation to radiographic joint damage. *Annals of the rheumatic diseases*, *69*(1), 230-233. <https://doi.org/10.1136/ard.2008.102244>
13. Ahlstrand, I., Björk, M., Thyberg, I., Börsbo, B., & Falkmer, T. (2012). Pain and daily activities in rheumatoid arthritis. *Disability and Rehabilitation*, *34*(15), 1245-1253. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.638034>
14. Barber, C. E., Zell, J., Yazdany, J., Davis, A. M., Cappelli, L., Ehrlich-Jones, L., Everix, D., Thorne, J. C., Bohm, V., Suter, L., Limanni, A., & Michaud, K. (2019). 2019 American College of Rheumatology recommended patient-reported functional status assessment measures in rheumatoid arthritis. *Arthritis care & research*, *71*(12), 1531-1539. <https://doi.org/10.1002/acr.24040>
15. Barnabe, C., Crane, L., White, T., Hemmelgarn, B., Kaplan, G. G., Martin, L., & Maksymowych, W. P. (2018). Patient-reported outcomes, resource use, and social participation of patients with rheumatoid arthritis treated with biologics in Alberta: experience of Indigenous and non-Indigenous patients. *The Journal of Rheumatology*, *45*(6), 760-765. <https://doi.org/10.3899/jrheum.170778>
16. Belghomari, H., Saraux, A., Allain, J., Guedes, C., Youinou, P., & Le Goff, P. (1999). Risk factors for radiographic articular destruction of hands and wrists in rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, *26*(12), 2534-2538.
17. Benka, J., Nagyova, I., Rosenberger, J., Macejova, Z., Lazurova, I., van der Klink, J. L., Groothoff, J. & van Dijk, J. P. (2016). Social participation in early and established rheumatoid arthritis patients. *Disability and rehabilitation*, *38*(12), 1172-1179. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1076071>
18. Bickenbach, J. E., Chatterji, S., Badley, E. M., & Üstün, T. B. (1999). Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social science & medicine*, *48*(9), 1173-1187. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00441-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00441-9)
19. Bickenbach, J. (2011). The world report on disability. *Disability & Society*, *26*(5), 655-658. <https://doi.org/10.1080/09687599.2011.589198>
20. Björk, M., Thyberg, I., Rikner, K., Balogh, I., & Gerdle, B. (2009). Sick leave before and after diagnosis of rheumatoid arthritis: a report from the Swedish TIRA project. *The Journal of Rheumatology*, *36*(6), 1170-1179. <https://doi.org/10.3899/jrheum.080523>
21. Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC public health*, *13*(1), 1-20. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
22. Boggatz, T. (2015). Quality of life in old age – a concept analysis. *International Journal of Older People Nursing*, *11*, 55–69. <https://doi.org/10.1111/opn.12089>

23. Boyadzhieva, V. V., Stoilov, N. R., Ivanova, M., & Stoilov, R. (2017). AB0283 One-year follow-up of quality of life in rheumatoid arthritis patients from bulgarian population treated with csdmards and bdmards. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76, 1147-1148. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2017-eular.3538>
24. Brajša-Žganec, A., i Kaliterna Lipovčan, LJ. (2006). Kvaliteta življenja, životno zadovoljstvo i sreća osoba koje profesionalno pomažu drugima. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, 15(4-5): 84-85.
25. Brekke, M., Hjortdahl, P., Thelle, D.S., & Kvien T. K. (1999). Disease activity and severity in patients with rheumatoid arthritis: relations to socioeconomic inequality. *Social Science & Medicine*, 48(12), 1743–1750. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00075-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00075-1)
26. Broome, A., & Llewelyn, S. (1995). *Health psychology processes and applications*. London: Chapman and Hall.
27. Bruce, B., & Fries, J. F. (2003). The Stanford Health Assessment Questionnaire: a review of its history, issues, progress, and documentation. *The Journal of Rheumatology*, 30(1), 167-178.
28. Van Brakel, W. H., Anderson, A. M., Mutatkar, R. K., Bakirtziev, Z., Nicholls, P. G., Raju, M. S., & Das-Pattanayak, R. K. (2006). The Participation Scale: measuring a key concept in public health. *Disability and rehabilitation*, 28(4), 193-203. <https://doi.org/10.1080/09638280500192785>
29. Van Vilsteren, M., Boot, C. R., Knol, D. L., van Schaardenburg, D., Voskuyl, A. E., Steenbeek, R., & Anema, J. R. (2015). Productivity at work and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *BMC musculoskeletal disorders*, 16(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12891-015-0562-x>
30. Van Vollenhoven, R. (2019). Treat-to-target in rheumatoid arthritis — are we there yet? *Nature Reviews Rheumatology*, 15, 180–186. <https://doi.org/10.1038/s41584-019-0170-5>
31. Van Genderen, S., Plasqui, G., Landewé, R., Lacailee, D., Arends, S., van Gaalen, F., van der Heijde, D., Heuft, L., Luime, J., Spoorenberg, A., Gignac, M.A.M., & Boonen, A. (2016a). Social role participation in patients with ankylosing spondylitis: A cross-sectional comparison with population controls. *Arthritis Care & Research*, 68(12), 1899-1905. <https://doi.org/10.1002/acr.22907>
32. Van Genderen, S., Plasqui, G., Lacaille, D., Arends, S., Van Gaalen, F., van der Heijde, D., Heuft, L., Keszei, A., Luime, J., Spoorenberg, A., Landewé, R., Gignac, M., & Boonen, A. (2016b). Social Role Participation Questionnaire for patients with ankylosing spondylitis: translation into Dutch, reliability and construct validity. *RMD open*, 2(1), e000177. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000177>
33. Van Genderen, S., Plasqui, G., Van der Heijde, D., Van Gaalen, F., Heuft, L., Luime, J., Spoorenberg, A., Arends, S., Lacaille, D., Gignac, M., Landewé, R., & Boonen, A. (2018). Social role participation and satisfaction with life: a study among patients with ankylosing spondylitis and population controls. *Arthritis Care & Research*, 70(4), 600-607. <https://doi.org/10.1002/acr.23304>

34. Van Jaarsveld, C. H., Jacobs, J. W., Schrijvers, A. J., van Albada-Kuipers, G. A., Hofman, D. M., & Bijlsma, J. W. (1998). Effects of rheumatoid arthritis on employment and social participation during the first years of disease in The Netherlands. *British journal of rheumatology*, 37(8), 848-853. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/37.8.848>
35. Verdugo, M.A., Schalock, R.L., Keith, K.D., & Stancliffe, R.J. (2005), Quality of life and its measurement: important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 707-717. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00739.x>
36. Vujasinović-Stupar, N. (2000). Reumatoidni artritis. U N. Pilipović (Ur.), *Reumatologija*, (str. 283-284). Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
37. Garip, Y., Eser, F., & Bodur, H. (2011). Health-related quality of life in rheumatoid arthritis: comparison of RAQoL with other scales in terms of disease activity, severity of pain, and functional status. *Rheumatology international*, 31(6), 769-772. <https://doi.org/10.1007/s00296-009-1353-1>
38. Gautam, S., Tolahunase, M., Kumar, U., & Dada, R. (2019). Impact of yoga based mind-body intervention on systemic inflammatory markers and co-morbid depression in active Rheumatoid arthritis patients: A randomized controlled trial. *Restorative neurology and neuroscience*, 37(1), 41-59. <https://doi.org/10.3233/RNN-180875>
39. Gautam, S., Kumar, U., & Dada, R. (2021). Yoga and its impact on chronic inflammatory autoimmune arthritis. *Frontiers in Bioscience (Elite Ed)*, 13(1), 77-116. <https://doi.org/10.2741/873>
40. Giacomelli, R., Gorla, R., Trotta, F., Tirri, R., Grassi, W., Bazzichi, L., Galezzi, M., Matucci Cerinic, M., Scarpa, R., Cantini, F., Gerli, R., Lapadula, G., Sinigaglia, L., Ferraccioli, G., Olivieri, I., Ruscitti, P., & Sarzi-Puttini, P. (2015). Quality of life and unmet needs in patients with inflammatory arthropathies: results from the multicentre, observational RAPSODIA study. *Rheumatology*, 54(5), 792-797. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keu398>
41. Gerhardt, C. A., Vannatta, K., McKellop, J. M., Zeller, M., Taylor, J., Passo, M., & Noll, R. B. (2003). Comparing parental distress, family functioning, and the role of social support for caregivers with and without a child with juvenile rheumatoid arthritis. *Journal of pediatric psychology*, 28(1), 5-15. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/28.1.5>
42. Gignac, M.A.M, Backman, C.L, Davis, A.M, Lacaille,D., Mattison, C.A., Montie, P., & Badley, E.M. (2008). Understanding social role participation: What matters to people with arthritis? *The Journal of Rheumatology*, 35, 1655-1663.
43. Gignac, M.A.M., Backman, C., Davis, A.M., Lacaille, D., Cao, X., & Badley, E.M. (2013). Social role participation and the life course in healthy adults and individuals with osteoarthritis: Are we overlooking the impact on the middle-aged? *Social Science and Medicine*, 81, 87-93. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.12.013>
44. Goma, S. H., Razek, M. R. A., & Abdelbary, N. M. (2019). Impact of rheumatoid arthritis on the quality of life and its relation to disease activity. *Egyptian Rheumatology and Rehabilitation*, 46(4), 304-312. https://doi.org/10.4103/err.err_39_19

45. Grad, F. P. (2002). The preamble of the constitution of the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 981-981. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/268691>
46. Grassi, W., De Angelis, R., Lamanna, G., & Cervini, C. (1998). The clinical features of rheumatoid arthritis. *European journal of radiology*, 27, S18-S24. [https://doi.org/10.1016/S0720-048X\(98\)00038-2](https://doi.org/10.1016/S0720-048X(98)00038-2)
47. Guo, Q., Wang, Y., Xu, D., Nossent, J., Pavlos, N. J., & Xu, J. (2018). Rheumatoid arthritis: pathological mechanisms and modern pharmacologic therapies. *Bone research*, 6(1), 15. <https://doi.org/10.1038/s41413-018-0016-9>
48. Da Silva, J. M., & Hall, G. M. (1992). The effect of gender and sex hormones on outcome in rheumatoid arthritis. *Bailliere's Clinical Rheumatology*, 6(1), 196-219. [https://doi.org/10.1016/S0950-3579\(05\)80344-9](https://doi.org/10.1016/S0950-3579(05)80344-9)
49. Davis, A. M., Wong, R., Badley, E. M., & Gignac, M. A. (2009). There's more to life than everyday function: the challenge of measuring social role participation in ankylosing spondylitis. *Nature Clinical Practice Rheumatology*, 5(1), 46-51. <https://doi.org/10.1038/ncprheum0978>
50. Davis, A.M., Palaganas, M., Badley, E.M., Gladman, D., Inman, R., & Gignac, M.A.M. (2011). Measuring participation in people with spondyloarthritis using the social role participation questionnaire. *Annals of Rheumatic Diseases*, 70, 1765-1769. <https://doi.org/10.1136/ard.2010.149211>
51. De Jong, Z., Van der Heijde, D. M. F. M., McKenna, S. P., & Whalley, D. (1997). The reliability and construct validity of the RAQoL: a rheumatoid arthritis-specific quality of life instrument. *British journal of rheumatology*, 36(8), 878-883. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/36.8.878>
52. Devrimsel, G., & Beyazal, M. S. (2021). The Effect of Social Role Participation on Quality of Life in Rheumatoid Arthritis. *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences/Fiziksel Tup ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 24(3). <https://doi.org/10.31609/jpmrs.2020-80347>
53. Dijkers, M. P. (2010). Issues in the conceptualization and measurement of participation: an overview. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 91(9), S5-S16. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.10.036>
54. Doney, R. M. & Packer, T. L. (2008). Measuring changes in activity participation of older Australians: Validation of the Activity Card Sort – Australia. *Australasian Journal on Ageing*, 27(1), 33-37. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2007.00265.x>
55. Dragomirecka, E., & Bartonova, J. (2006). *Priručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života Svetove zdravotnicke organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
56. Eberhardt, K., Larsson, B. M., Nived, K., & Lindqvist, E. (2007). Work disability in rheumatoid arthritis-development over 15 years and evaluation of predictive factors over time. *The Journal of rheumatology*, 34(3), 481-487.

57. EUMUSC. *Musculoskeletal Health in Europe Reportv5.0*. <http://www.eumusc.net/myUploadData/files/Musculoskeletal%20Health%20in%20Europe%20Report%20v5.pdf>
58. Žagar, I., Delimar, V., Pap, M., Perić, D., & Laktašić Žerjavić, N. (2018). Prevalence and correlation of depressive symptoms with functional scores, therapy and disease activity among Croatian patients with rheumatoid arthritis: a preliminary study. *Psychiatria Danubina*, 30(4), 452-458. <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.452>
59. Zlatković-Švenda, M. I., Stojanović, R. M., B Šipetić-Grujičić, S., & Guillemin, F. (2014). Prevalence of rheumatoid arthritis in Serbia. *Rheumatology international*, 34, 649-658. <https://doi.org/10.1007/s00296-013-2897-7>
60. Zlatković-Švenda, M. I. (2014). *Epidemiološke i kliničke karakteristike obolelih od reumatoidnog artritisa ili spondiloartropatija* [doktorska disertacija]. Univerzitet u Beogradu-Medicinski fakultet.
61. Zlatkovic-Svenda, M., Rouse, M., Radak-Perovic, M., Stojanovic, R., Vujasinovic-Stupar, N., Lazovic-Popovic, B., Wilburn, J., & McKenna, S. P. (2017). Adaptation and validation of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL) questionnaire for use in Serbia. *Rheumatology international*, 37, 641-646. <https://doi.org/10.1007/s00296-016-3586-0>
62. Ibrahim, F., Ma, M., Scott, D. L., & Scott, I. C. (2022). Defining the relationship between pain intensity and disease activity in patients with rheumatoid arthritis: a secondary analysis of six studies. *Arthritis Research & Therapy*, 24(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13075-022-02903-w>
63. Ikuyama, S., Imamura-Takase, E., Tokunaga, S., Oribe, M., & Nishimura, J. (2009). Sixty percent of patients with rheumatoid arthritis in Japan have used dietary supplements or health foods. *Modern rheumatology*, 19(3), 253-259. <https://doi.org/10.3109/s10165-009-0156-2>
64. Информатор о раду за 2021. (2021). Институт за реуматологију (стр. 3). <https://www.reumatologija.org.rs> [приступљено 17.11.2022]
65. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
66. Jacklin, C., Nikiphorou, E., Kiely, P., Jacklin, H., & Bosworth, A. (2022). P202 Impact of 'moderate' active RA on patient lives. *Rheumatology*, 61(Supplement_1), keac133-201. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keac133.201>
67. Jagadeesh, L. Y., Hong, C., & Kirkham, B. (2015). Comparing Quality of Life in Low Disease Activity: Rheumatoid Arthritis Patients, Receiving Biologics and Combination DMARD. *Rheumatology*, 54, i85. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kev088.089>
68. Jawaheer, D., Messing, S., Reed, G., Ranganath, V. K., Kremer, J. M., Louie, J. S., Khanna, D., Greenberg, J. D., & Furst, D. E. (2012). Significance of sex in achieving sustained remission in the consortium of rheumatology researchers of North America cohort of

- rheumatoid arthritis patients. *Arthritis care & research*, 64(12), 1811-1818. <https://doi.org/10.1002/acr.21762>
69. Jensen Hansen, I. M., Asmussen Andreasen, R., van Bui Hansen, M. N., & Emamifar, A. (2017). The Reliability of Disease Activity Score in 28 Joints-C-Reactive Protein Might Be Overestimated in a Subgroup of Rheumatoid Arthritis Patients, When the Score Is Solely Based on Subjective Parameters: A Cross-sectional, Exploratory Study. *Journal of Clinical Rheumatology*, 23(2), 102-106. <https://doi.org/10.1097/RHU.0000000000000469>
 70. Jespersen, L. N., Michelsen, S. I., Tjørnhøj-Thomsen, T., Svensson, M. K., Holstein, B. E., & Due, P. (2019). Living with a disability: a qualitative study of associations between social relations, social participation and quality of life. *Disability and rehabilitation*, 41(11), 1275-1286. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1424949>
 71. Jetha, A., Theis, K. A., Boring, M. A., & Barbour, K. E. (2017). Education and employment participation in young adulthood: what role does arthritis play?. *Arthritis care & research*, 69(10), 1582-1589. <https://doi.org/10.1002/acr.23175>
 72. Jovanović, J., Stojanović, M., Jovanović, V., Dimić, A., Božilov, S., Stamenković, B., & Milenković, S. (2015). Influence of disease activity on functional capacity in patients with rheumatoid arthritis. *Vojnosanitetski pregled*, 72(1), 21–25. <https://doi.org/10.2298/vsp1501021j>
 73. Jovanović, J. (2014). *Kvalitet života i funkcijske sposobnosti bolesnika sa reumatoidnim artritidom* [doktorska disertacija]. Univerzitet u Nišu, Medicinski fakultet..
 74. Kaas, J., & Tothova, V. (2017). Quality of life of patients who suffer from rheumatic arthritis. *Kontakt*, 19(3), e159-e164. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2017.07.001>
 75. Kavanaugh, A., Smolen, J. S., Emery, P., Purcaru, O., Keystone, E., Richard, L., Strand, V. & van Vollenhoven, R.F. (2009). Effect of certolizumab pegol with methotrexate on home and work place productivity and social activities in patients with active rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 61 (11), 1592-1600. <https://doi.org/10.1002/art.24828>
 76. Keith, K. D. (2001). International quality of life: Current conceptual, measurement, and implementation issues. In *International review of research in mental retardation* (Vol. 24, pp. 49-74). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0074-7750\(01\)80005-7](https://doi.org/10.1016/S0074-7750(01)80005-7)
 77. Kiefer, R. A, (2008). An integrative review of the concept of well-being. *Holistic Nursing Practice*, 22, 244–52. <https://doi.org/10.1097/01.HNP.0000334915.16186.b2>
 78. Kingsley, G., Scott, I. C., & Scott, D. L. (2011). Quality of life and the outcome of established rheumatoid arthritis. *Best practice & research Clinical rheumatology*, 25(4), 585-606. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2011.10.003>
 79. Knudsen, L. R., Lomborg, K., & de Thurah, A. (2022). Design and development of an e-learning patient education program for self-management support in patients with rheumatoid arthritis. *PEC Innovation*, 1, 100004. <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2021.100004>

80. Kobelt, G., Jonsson, L., Lindgren, P., Young, A., & Eberhardt, K. (2002). Modeling the progression of rheumatoid arthritis: a two-country model to estimate costs and consequences of rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatology*, 46 (9), 2310–2319. <https://doi.org/10.1002/art.10471>
81. Kremers, H.M., & Gabriel, S.E. (2004). Epidemiology. In E.W. St Claire., D.S. Pisetsky & B.F. Haynes (eds.), *Rheumatoid Arthritis* (pp.1-10). Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
82. Krol, B., Sanderman, R., & Suurmeijer, T. P. (1993). Social support, rheumatoid arthritis and quality of life: concepts, measurement and research. *Patient education and counseling*, 20(2-3), 101-120. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(93\)90125-G](https://doi.org/10.1016/0738-3991(93)90125-G)
83. Lambert, L., Passmore, H. A., & Holder, M. D. (2015). Foundational frameworks of positive psychology: mapping well-being orientations. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 56(3), 311–321. <https://doi.org/10.1037/cap0000033>
84. Lapčević, M., Vojinović, J., Damjanov, N., Šefik Bukilica, M., Ilić, T., Tomić Lučić, A., Stamenković, B., Ostojić, P., Zlatković Švenda, M., Jeremić, I., Erdeljan, B., Zeković, S., Kosanović, M. (2018). Prikluči se zadnji je voz – uoči rano (Projekat EULAR). U N. Damjanov (Ur.), Zbornik radova godišnjeg kongresa Udruženja reumatologa (UReS) i Udruženja obolelih od reumatskih bolesti Srbije (ORS) sa međunarodnim učešćem, *Acta Rheumatologica Belgradensia* (109), 48 supl. 1. Udruženja reumatologa, Udruženja obolelih od reumatskih bolesti Srbije, Vrnjačka Banja.
85. Last, J., & Radovanović, Z. (2001). *Epidemiološki rečnik* (2 izdanje). Medicinski fakultet Beograd.
86. Lawrence, R. C., Helmick, C. G., Arnett, F. C., Deyo, R. A., Felson, D. T., Giannini, E. H., ... & Wolfe, F. (1998). Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 41(5), 778-799. [https://doi.org/10.1002/1529-0131\(199805\)41:5<778::AID-ART4>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/1529-0131(199805)41:5<778::AID-ART4>3.0.CO;2-V)
87. Lee, J., Kim, S. H., Moon, S. H., & Lee, E. H. (2014). Measurement properties of rheumatoid arthritis-specific quality-of-life questionnaires: systematic review of the literature. *Quality of life research*, 23(10), 2779-2791. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0716-6>
88. Lee, J. E., Kahana, B., & Kahana, E. (2016). Social support and cognitive functioning as resources for elderly persons with chronic arthritis pain. *Aging & mental health*, 20(4), 370-379. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1013920>
89. Li, T., Wells, G., Westhovens, R., Emery, P., Becker, J. C., & Tugwell, P. (2011). Improvements in participation in usual daily activities in patients with rheumatoid arthritis treated with abatacept. *Value in Health*, 14(2), 361-370. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2010.10.008>

90. Liao, K. P., & Karlson, E. W. (2015). Classification and epidemiology of rheumatoid arthritis. In M. C. Hochberg, A. J. Silman, J. S. Smolen, M. E. Weinblatt, M. H. Weisman (Eds.), *Rheumatology*, (6th ed., pp. 704). Elsevier Health Sciences.
91. Linde, L., Sørensen, J., Østergaard, M., Hørslev-Petersen, K., & Hetland, M. L. (2008). Health-related quality of life: validity, reliability, and responsiveness of SF-36, EQ-15D, EQ-5D, RAQoL, and HAQ in patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology*, 35(8), 1528-1537.
92. López-Castillo, C. A., Calderón-Rojas, R., Amaya-Amaya, J., DeSanVicente-Célis, Z., Mantilla, R. D., & Rojas-Villarraga, A. (2014). Impact of educational level on rheumatoid arthritis: a systematic review. *Revista Colombiana de Reumatología*, 21(4), 201-212. <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2014.09.002>
93. Lorig, K. R., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., Brown Jr, B. W., Bandura, A., Gonzalez, V.M., Laurent, D.D., & Holman, H. R. (2001). Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical care*, 1217-1223.
94. Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 26(1), 1-7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
95. Lundkvist, J., Kastang, F., & Kobelt, G. (2008). The burden of rheumatoid arthritis and access to treatment: health burden and costs. *The European Journal of Health Economics*, 8, 49 – 60. <https://doi.org/10.1007/s10198-007-0088-8>
96. Machado, G. P., Gignac, M. A., & Badley, E. M. (2008). Participation restrictions among older adults with osteoarthritis: a mediated model of physical symptoms, activity limitations, and depression. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 59(1), 129-135. <https://doi.org/10.1002/art.23259>
97. Makinen, H., Kautiainen, H., Hannonen, P., Mottonen, T., Leirisalo - Repo, M., Laasonen, L., Korpela, M., Blafield, H., Hakola, M., & Sokka T. (2007). Sustained remission and reduced radiographic progression with combination disease modifying antirheumatic drugs in early rheumatoid arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 34(2), 316-21.
98. Malm, K., Bremander, A., Arvidsson, B., Andersson, M. L., Bergman, S., & Larsson, I. (2016). The influence of lifestyle habits on quality of life in patients with established rheumatoid arthritis—A constant balancing between ideality and reality. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 11(1), 30534. <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30534>
99. Malm, K., Bergman, S., Andersson, M. L., Bremander, A., & Larsson, I. (2017). Quality of life in patients with established rheumatoid arthritis: a phenomenographic study. *SAGE open medicine*, 5, 2050312117713647. <https://doi.org/10.1177/2050312117713647>
100. Marra, C. A., Woolcott, J. C., Kopec, J. A., Shojania, K., Offer, R., Brazier, J. E., Esdaile, J. M., & Anis, A. H. (2005). A comparison of generic, indirect utility measures (the HUI2, HUI3, SF-6D, and the EQ-5D) and disease-specific instruments (the RAQoL and the

- HAQ) in rheumatoid arthritis. *Social science & medicine*, 60(7), 1571-1582. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.034>
101. Maska, L., Anderson, J., & Michaud, K. (2011). Measures of functional status and quality of life in rheumatoid arthritis: Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ), Modified Health Assessment Questionnaire (MHAQ), Multidimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ), Health Assessment Questionnaire II (HAQ-II), Improved Health Assessment Questionnaire (Improved HAQ), and Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL). *Arthritis Care & Research*, 63(S11), S4-S13. <https://doi.org/10.1002/acr.20620>
 102. Maynard, C., Mikuls, T. R., Cannon, G. W., England, B. R., Conaghan, P. G., Østergaard, M., Barker, D. G., Kerr, G., George, M. G., Barton, J. L., & Baker, J. F. (2020). Sex differences in the achievement of remission and low disease activity in rheumatoid arthritis. *Arthritis care & research*, 72(3), 326-333. <https://doi.org/10.1002/acr.23873>
 103. Minnock, P., FitzGerald, O., & Bresnihan, B. (2003). Women with established rheumatoid arthritis perceive pain as the predominant impairment of health status. *Rheumatology*, 42(8), 995-1000. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keg281>
 104. Mollaoğlu, M., & Aciyurt, A. (2013). Use of Complementary and Alternative Medicine among Patients with Chronic Diseases. *Acta clinica Croatica*, 52, (2), 181-188.
 105. Morgacheva, O., & Furst, D. E. (2012). Women are from venus, men are from Mars: do gender differences also apply to rheumatoid arthritis activity and treatment responses?. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*, 18(5), 259-260. <https://doi.org/10.1097/RHU.0b013e31825833e0>
 106. McKenna, S. P., Doward, L. C., Whalley, D., Tennant, A., Emery, P., & Veale, D. J. (2004). Development of the PsAQoL: a quality of life instrument specific to psoriatic arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, 63(2), 162-169. <https://doi.org/10.1136/ard.2003.006296>
 107. McCabe, C., Haigh, R., Cohen, H., & Hewlett, S. (2013). Pain and fatigue. In R.A. Watts, P.G. Conaghan, C. Denton, H. Foster, J. Isaacs, & U. Müller-Ladner (eds.), *Oxford textbook of rheumatology*. Oxford: Oxford University Press.
 108. McCarron, A. (2015). An exploration of the perceived effects of a support group for individuals with rheumatoid arthritis. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(3), 160-166. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12146>
 109. Naqvi, A. A., Hassali, M. A., Iffat, W., Sadia S., Madiha, Z., Mustajab, F., Muhammad, S.I., Muhammad, Z. I., Mohammad, T. I., Mohammad, A. H., & Majid, A. (2020). Cross-culture adaptation and validation of English version of Rheumatoid Arthritis Knowledge Assessment Scale (RAKAS) in patients with rheumatoid arthritis. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 23(7), 918-927. <https://doi.org/10.1111/1756-185X.13860>
 110. Ng, J. Y., & Azizudin, A. M. (2020). Rheumatoid arthritis and osteoarthritis clinical practice guidelines provide few complementary and alternative medicine therapy

- recommendations: a systematic review. *Clinical Rheumatology*, 39, 2861–2873. <https://doi.org/10.1007/s10067-020-05054-y>
111. Noben, C., van Vilsteren, M., Boot, C., Steenbeek, R., van Schaardenburg, D., Anema, J. R., Evers, S., Nijhuis, F., & de Rijk, A. (2017). Economic evaluation of an intervention program with the aim to improve at-work productivity for workers with rheumatoid arthritis. *Journal of Occupational Health*, 59(3), 267–279. <https://doi.org/10.1539/joh.16-0082-OA>
112. O'Brien, A., & Backman, C. L. (2010). Inflammatory arthritis. In K. Dziedzic, & A. Hammond (Eds.), *Rheumatology: Evidence-Based Practice for Physiotherapists and Occupational Therapists* (pp. 212 – 222). Keele: Elsevier Ltd.
113. Olejárová, M. (2008). *Revmatologie v kostce*. Praha: Triton.
114. Olofsson, T., Petersson, I. F., Eriksson, J. K., Englund, M., Simard, J. F., Nilsson, J. Å., Geborek, P., Jacobsson, L. T. H., Askling, J., & Neovius, M. (2014). Predictors of work disability during the first 3 years after diagnosis in a national rheumatoid arthritis inception cohort. *Annals of the rheumatic diseases*, 73(5), 845-853. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2012-202911>
115. Ortona, E., Pierdominici, M., Maselli, A., Veroni, C., Aloisi, F., & Shoenfeld, Y. (2016). Sex-based differences in autoimmune diseases. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 52(2), 205-212. https://doi.org/10.4415/ANN_16_02_12
116. Oude Voshaar, M., van Onna, M., van Genderen, S., van de Laar, M., van der Heijde, D., Heuft, L., Spoorenberg, A., Luime, J., Gignac, M.A.M., Boonen, A. (2016). Development and validation of a short form of the Social Role Participation Questionnaire in patients with ankylosing spondylitis. *Journal of Rheumatology*, 43(7), 1386-1392. <https://doi.org/10.3899/jrheum.151013>
117. Oxford dictionaries. (2016). Oxford University Press. <http://www.oxforddictionaries.com/>
118. Park, Y., & Chang, M. (2016). Effects of rehabilitation for pain relief in patients with rheumatoid arthritis: a systematic review. *Journal of Physical Therapy Science*, 28(1), 304–308. <https://doi.org/10.1589/jpts.28.304>
119. Petrović, R. (2006). Reumatoidni artritis. U D. Manojlović (Ur.), *Interna medicina* (4. izdanje) (str. 1596 - 1597). Zavod za udžbenike; Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet.
120. Pilipović N. (2000). Klasifikacija reumatskih bolesti. U N. Pilipović (Ur.), *Reumatologija*. (str. 271). Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
121. Pinto, S., Fumincelli, L., Mazzo, A., Caldeira, S., & Martins, J. C. (2017). Comfort, well-being and quality of life: Discussion of the differences and similarities among the concepts. *Porto Biomedical Journal*, 2(1), 6-12. <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.11.003>

122. Pollard, L., Choy, E. H., & Scott, D. L. (2005). The consequences of rheumatoid arthritis: quality of life measures in the individual patient. *Clinical and experimental rheumatology*, 23(5), S43.
123. Prevo, M. L. L., Van'T Hof, M., Kuper, H. H., Van Leeuwen, M. A., Van De Putte, L. B. A., & Van Riel, P. L. C. M. (1995). Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 38(1), 44-48. <https://doi.org/10.1002/art.1780380107>
124. Prothero, L., Barley, E., Galloway, J., Georgopoulou, S., & Sturt, J. (2018). The evidence base for psychological interventions for rheumatoid arthritis: A systematic reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 82, 20-29. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.03.008>
125. Radovanović, Z. (2005). Mere učestalosti poremećaja zdravlja. U Z. Radovanović (Ur.), *Epidemilogija* (str. 39-51). Niš: Prosveta.
126. Radulović, O. (2013). Prikaz knjige, MKF - Međunarodna klasifikacija funkcionisanja, nesposobnosti i zdravlja. *Timočki medicinski glasnik*, 38(3), 150-151.
127. Ramey, D. R., Raynauld, J. P., & Fries, J. F. (1992), The health assessment questionnaire. Status and review. *Arthritis & Rheumatism*, 5(3), 119-129. <https://doi.org/10.1002/art.1790050303>
128. Rančić, N., Petrović, B., Apostolović, S., Mandić, M., & Antić, I. (2011). Assessment of health-related quality of life in patients after acute myocardial infarction. *Medicinski pregled*, 64(9-10), 453-460. <https://doi.org/10.2298/MPNS1110453R>
129. Richard, D., & Brasington, JR. (2015). Clinical features of rheumatoid arthritis. In M. C. Hochberg, A. J. Silman, J. S. Smolen, M. E. Weinblatt, & M. H. Weisman (Eds.), *Rheumatology*. (6th ed., pp. 704). Elsevier Health Sciences. <https://doi.org/10.1007/s10067-008-0859-3>
130. Rosa-Gonçalves, D., Bernardes, M., & Costa, L. (2018). Quality of life and functional capacity in patients with rheumatoid arthritis Cross-sectional study. *Reumatología Clínica (English Edition)*, 14(6), 360-366. <https://doi.org/10.1016/j.reumae.2017.03.015>
131. Savelkoul, M., Post, M. W. M., De Witte, L. P., & Van Den Borne, H. B. (2000). Social support, coping and subjective well-being in patients with rheumatic diseases. *Patient Education and Counseling*, 39(2-3), 205-218. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(99\)00033-6](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00033-6)
132. Santos, E. J. F., Duarte, C., Ferreira, R. J., Pinto, A. M., Geenen, R., & da Silva, J. A. (2018). Determinants of happiness and quality of life in patients with rheumatoid arthritis: a structural equation modelling approach. *Annals of the rheumatic diseases*, 77(8), 1118-1124. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2017-212934>
133. Sverker, A., Östlund, G., Thyberg, M., Thyberg, I., Valtersson, E., & Björk, M. (2015). Dilemmas of participation in everyday life in early rheumatoid arthritis: a qualitative

- interview study (The Swedish TIRA Project). *Disability and rehabilitation*, 37(14), 1251-1259. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.961658>
134. Silman, A. J., & Hochberg, M. C. (2001). *Epidemiology of the rheumatic diseases, 2nd Edition* (pp. 31-71). Oxford University Press.
135. Singh, J. A., Saag, K. G., Bridges Jr, S. L., Akl, E. A., Bannuru, R. R., Sullivan, M. C., Vaysbrot, E., McNaughton, C., Osani, M., Shmerling, R. H., Curtis, J. R., Furst, D. E., Parks, D., Kavanaugh, A., O'Dell, J., King, C., Leong, A., Matteson, E. L., Schousboe, J. T.,...McAlindon, T., (2016). 2015 American College of Rheumatology guideline for the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis & rheumatology*, 68(1), 1-26. <https://doi.org/10.1002/art.39480>
136. Singh, H., Kumar, H., Handa, R., Talapatra, P., Ray, S., & Gupta, V. (2011). Use of clinical disease activity index score for assessment of disease activity in rheumatoid arthritis patients: an Indian experience. *Arthritis*, 2011, 146398. <https://doi.org/10.1155/2011/146398>
137. Slagter, L., Demyttenaere, K., Verschuere, P., & De Cock, D. (2022). The Effect of Meditation, Mindfulness, and Yoga in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Personalized Medicine*, 12(11), 1905. <https://doi.org/10.3390/jpm12111905>
138. Smolen, J. S., Landewé, R. B., Bijlsma, J. W., Burmester, G. R., Dougados, M., Kerschbaumer, A., McInnes, I. B., Sepriano, A., van Vollenhoven, R. F., de Wit, M., Aletaha, D., Aringer, M., Askling, J., Balsa, A., Boers, M., den Broeder, A. A., Buch, M. H., Buttgerit, F., Caporali, R.,...Van Der Heijde, D. (2020). EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Annals of the rheumatic diseases*, 79(6), 685-699. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-216655>
139. Smolen, J., Aletaha, D., Barton, A., Burmester, G. R., Emery, P., Firestein, G. S., Kavanaugh, A., McInnes, I. B., Solomon, D. H., Strand, V., & Yamamoto, K. (2018). Rheumatoid arthritis. *Nature reviews. Disease primers*, 4, 18001. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.1>
140. Sokka, T., Kautiainen, H., Pincus, T., Verstappen, S. M., Aggarwal, A., Alten, R., Andersone, D., Badsha, H., Backlund, E., Belmonte, M., Craig - Muller, J., da Mota, L. M. H., Dimic, A., Fathi, N. A., Ferraccioli, G., Fukuda, W., Geher, P., Gogus, F., Hajjaj-Hassouni, N., & Yamanaka, H. (2010). Work disability remains a major problem in rheumatoid arthritis in the 2000s: data from 32 countries in the QUEST-RA study. *Arthritis research & therapy*, 12(2), R42. <https://doi.org/10.1186/ar2951>
141. Song, J., Chang, R.W. & Dunlop, D.D. (2006). Population impact of arthritis on disability in older adults. *Arthritis & Rheumatism*, 55, 248-255. <https://doi.org/10.1002/art.21842>
142. Soroosh, S.G., Soroosh, M.G., Dastjerdi, F.M., Farahvash, M.H., Naderi, A. & Vahedi, H. (2005). The differences between manifestations of rheumatoid arthritis in men and women. *APLAR Journal of Rheumatology*, 8, 203-206. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8077.2005.00156.x>

143. Sousa, H., Ribeiro, O., Afreixo, V., Costa, E., Paul, C., Ribeiro, F., & Figueiredo, D. (2021). "Should WE Stand Together?": A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of family-based interventions for adults with chronic physical diseases. *Family process*, 60(4), 1098-1116. <https://doi.org/10.1111/famp.12707>
144. Stewart, A. L., Verboncoeur, C. J., McLellan, B. Y., Gillis, D. E., Rush, S., Mills, K. M., ... & Bortz, W. M. (2001). Physical activity outcomes of CHAMPS II: a physical activity promotion program for older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(8), M465-M470. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.8.M465>
145. Stojanović, S. (2018). Redukcija doze bioloških lekova (Personalizovani pristupbiološkoj terapiji). U N. Damjanov (Ur.), Zbornik radova godišnjeg kongresa Udruženja reumatologa (UReS) i Udruženja obolelih od reumatskih bolesti Srbije (ORS) sa međunarodnim učesćem, *Acta Rheumatologica Belgradensia* (14), 48 supl. 1. Udruženja reumatologa, Udruženja obolelih od reumatskih bolesti Srbije, Vrnjačka Banja.
146. Sunar, I., Garip, Y., Yilmaz, Ö., Bodur, H., & Ataman, Ş. (2015). Disease activity (rheumatoid arthritis disease activity index-5) in patients with rheumatoid arthritis and its association with quality of life, pain, fatigue, and functional and psychological status. *Archives of Rheumatology*, 30(2), 144-149. <https://doi.org/10.5606/ArchRheumatol.2015.5122>
147. Shields, C. G., Finley, M. A., Chawla, N., & Meadors, W. P. (2012). Couple and family interventions in health problems. *Journal of marital and family therapy*, 38(1), 265-280. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00269.x>
148. Shin, S., Park, E. H., Kang, E. H., Lee, Y. J., Song, Y. W., & Ha, Y. J. (2021). Sex differences in clinical characteristics and their influence on clinical outcomes in an observational cohort of patients with rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine*, 88(3), 105124. <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2020.105124>
149. Shlitzhauer, T. L. (2014). *Living with rheumatoid arthritis*. Johns Hopkins University Press.
150. Schäfer, C., & Keyßer, G. (2022). Lifestyle Factors and Their Influence on Rheumatoid Arthritis: A Narrative Review. *Journal of Clinical Medicine*, 11(23), 7179. <https://doi.org/10.3390/jcm11237179>
151. Schipper, B. (1996). Quality of life studies: definitions and conceptual issues. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, 2nd ed. (p. 1259). Philadelphia: Lippincot-Raven.
152. Schwill, U., Kordbarlag, C., Reutermann, P., Listing, J., & Zaenker, M. (2014). SAT0066 Interrelationship between Rheumatoid Arthritis, Poverty and Education. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 73(Suppl 2), 614-614. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2014-eular.3720>

153. Scott, D. L., Smith, C., & Kingsley, G. (2005). What are the consequences of early rheumatoid arthritis for the individual?. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 19 (1), 117-136. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2004.08.007>
154. Symmons, D. P. M., Barrett, E. M., Bankhead, C. R., Scott, D. G. L., & Silman, A. J. (1994). The incidence of rheumatoid arthritis in the United Kingdom: results from the Norfolk Arthritis Register. *Rheumatology*, 33(8), 735-739. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/33.8.735>
155. Symmons, D., Turner, G., Webb, R., Asten, P., Barrett, E., Lunt, M., Scott, D., & Silman, A. (2002). The prevalence of rheumatoid arthritis in the United Kingdom: new estimates for a new century. *Rheumatology*, 41(7), 793-800. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/41.7.793>
156. Tengstrand, B., Ahlmen, M., & Hafstrom, I. (2004). The influence of sex on rheumatoid arthritis: a prospective study of onset and outcome after 2 years. *The Journal of Rheumatology*, 31(2), 214-222.
157. Trgovčević, S., Kljajić, D., i Nedović, G. (2011). Socijalna integracija kao determinanta kvaliteta života osoba sa traumatskom paraplegijom. *Godišnjak Fakulteta političkih nauka*, 5(6), 493-505.
158. Turan, Y., Kocaağa, Z., Koçyiğit, H., Gürgan, A., Bayram, K. B., & İpek, S. (2010). Correlation of fatigue with clinical parameters and quality of life in rheumatoid arthritis. *Archives of Rheumatology*, 25(2), 063-067.
159. Udruženje obolelih od reumatskih bolesti Srbije: ORS <https://www.ors.rs/>
160. Uhlig, T., Moe, R. H., & Kvien, T. K. (2014). The burden of disease in rheumatoid arthritis. *Pharmacoeconomics*, 32(9), 841-851. <https://doi.org/10.1007/s40273-014-0174-6>
161. Uhlig, T. (2010). Which patients with rheumatoid arthritis are still working? *Arthritis research & therapy*, 12, 1-2. <https://doi.org/10.1186/ar2979>
162. Favalli, E. G., Biggioggero, M., Crotti, C., Becciolini, A., Raimondo, M. G., & Meroni, P. L. (2019). Sex and management of rheumatoid arthritis. *Clinical reviews in allergy & immunology*, 56(3), 333-345. <https://doi.org/10.1007/s12016-018-8672-5>
163. Fagerlind, H., Ring, L., Brülde, B., Feltelius, N., & Lindblad, Å. K. (2010). Patients' understanding of the concepts of health and quality of life. *Patient education and counseling*, 78(1), 104-110. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.05.016>
164. Farheen, K., & Agarwal, S. K. (2011). Assessment of disease activity and treatment outcomes in rheumatoid arthritis. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 17(9 Supp B), S09-S13. <https://doi.org/10.18553/jmcp.2011.17.s9-b.S09>
165. Frazzei, G., van Vollenhoven, R. F., de Jong, B. A., Siegelaar, S. E., & van Schaardenburg, D. (2022). Preclinical autoimmune disease: a comparison of rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, multiple sclerosis and type 1 diabetes. *Frontiers in Immunology*, 3207. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.899372>

166. Fries, J. F., Spitz, P., Kraines, R. G., & Holman, H. R. (1980). Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis & Rheumatology*, 23(2), 137-145. <https://doi.org/10.1002/art.1780230202>
167. Fries, J. F. (1983). The assessment of disability: from first to future principles. *Rheumatology*, 22(1), 48-58. https://doi.org/10.1093/rheumatology/XXII.suppl_1.48
168. Hagerty, M. R., Cummins, R., Ferriss, A. L., Land, K., Michalos, A. C., Peterson, M., ... & Vogel, J. (2001). Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research. *Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 71(1), 58-78. <https://doi.org/10.1177/075910630107100104>
169. Hazes, J. M., & van den Ende, C. H. (1996). How vigorously should we exercise our rheumatoid arthritis patients?. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 55(12), 861-862. <https://doi.org/10.1136/ard.55.12.861>
170. Hammond, A., O'Brien, R., Woodbridge, S., Bradshaw, L., Prior, Y., Radford, K., Culley, J., Whitham, D., & Pulikottil-Jacob, R. (2017). Job retention vocational rehabilitation for employed people with inflammatory arthritis (WORK-IA): a feasibility randomized controlled trial. *BMC musculoskeletal disorders*, 18(1), 315. <https://doi.org/10.1186/s12891-017-1671-5>
171. Hari, A., Rostom, S., Lahlou, R., Bahiri, R., & Hajjaj-Hassouni, N. (2015). Sexual function in Moroccan women with rheumatoid arthritis and its relationship with disease activity. *Clinical Rheumatology*, 34, 1047-1051. <https://doi.org/10.1007/s10067-015-2888-z>
172. Haroon, N., Aggarwal, A., Lawrence, A., Agarwal, V., & Misra, R. (2007). Impact of rheumatoid arthritis on quality of life. *Modern Rheumatology*, 17(4), 290-295. <https://doi.org/10.1007/s10165-007-0604-9>
173. Heaney, A., Stepanous, J., Rouse, M., & McKenna, S. P. (2017). A review of the psychometric properties and use of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life Questionnaire (RAQoL) in clinical research. *Current Rheumatology Reviews*, 13(3), 197-205. <https://doi.org/10.2174/1573396313666170615092324>
174. Hekmat, K., Jacobsson, L. T., Nilsson, J. Å., Lindroth, Y., & Turesson, C. (2014). Changes and sex differences in patient reported outcomes in rheumatoid factor positive RA—results from a community based study. *BMC musculoskeletal disorders*, 15(1), 44. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-15-44>
175. Hemmingsson, H., & Jonsson, H. (2005). An occupational perspective on the concept of participation in the International Classification of Functioning, Disability and Health — some critical remarks. *The American Journal of Occupational Therapy*, 59(5), 569-576. <https://doi.org/10.5014/ajot.59.5.569>
176. Hunt, S. M., & McKenna, S. P. (1992). The QLDS: a scale for the measurement of quality of life in depression. *Health policy*, 22(3), 307-319. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(92\)90004-U](https://doi.org/10.1016/0168-8510(92)90004-U)

177. Cao, Z., Guo, J., Li, Q., Li, Y., & Wu, J. (2022). Optimal Biologic Drugs for the Treatment of Ankylosing Spondylitis: Results from a Network Meta-Analysis and Network Metaregression. *BioMed Research International*. Article ID 8316106. <https://doi.org/10.1155/2022/8316106>
178. Carr A.J., Higginson I.J., & Robinson P.G. (editors). *Quality of life*. London: BMJ Books, 2003, 133 pp. ISBN 0-7279-1544-4. *European journal of public health*, 15(6), 668. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki178>
179. Centers for Disease Control and Prevention (2019). Frequently asked questions (FAQs) about arthritis CDC. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/arthritis/basics/faqs.htm>, [приступљено 12.06.2019]
180. Cieza, A., & Stucki, G. (2004). New approaches to understanding the impact of musculoskeletal conditions. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 18(2), 141–154. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2004.02.003>
181. Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 1948.
182. Coty, M. B., & Wallston, K. A. (2008). Roles and well-being among healthy women and women with rheumatoid arthritis. *Journal of Advanced Nursing*, 63, 189-198.
183. Coty, M. B., & Wallston, K. A. (2010). Problematic social support, family functioning, and subjective well-being in women with rheumatoid arthritis. *Women & health*, 50(1), 53-70. <https://doi.org/10.1080/03630241003601079>
184. Curtis, J. R., Chen, L., Danila, M. I., Saag, K. G., Parham, K. L., & Cush, J. J. (2018). Routine use of quantitative disease activity measurements among US rheumatologists: implications for treat-to-target management strategies in rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology*, 45(1), 40-44. <https://doi.org/10.3899/jrheum.170548>
185. Chavez-Alvarez, L. A., Hernandez-Galarza, I. D. J., Pineda-Sic, R., & Galarza - Delgado, D. A. (2020). AB1208 Adherence to treatment and disease activity on rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 79, 1895-1896. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2020-eular.6447>
186. Chen, T. H., Li, L., & Kochen, M. M. (2005). A systematic review: how to choose appropriate health-related quality of life (HRQOL) measures in routine general practice? *Journal of Zhejiang University. Science. B*, 6(9), 936. <https://doi.org/10.1631/jzus.2005.B0936>
187. Chung, S. W., Ha, Y. J., Kang, E. H., Lee, Y. J., & Song, Y. W. (2016). The psychosocial status of the family members of rheumatoid arthritis patients in Korea. *Rheumatology international*, 36, 719-724. <https://doi.org/10.1007/s00296-015-3420-0>
188. Šimpraga, Lj., & Zlatković-Švenda, M. (2020). Characteristics of certain aspects of social participation of persons with rheumatoid arthritis. In G. Nedović & F. Eminović (Eds.), *Approaches and Models in Special Education and Rehabilitation* (pp.345-360).

189. Šušnjević, S. (2015). *Kvalitet života odraslih osoba na teritoriji Vojvodine* [doktorska disertacija]. Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet.
190. Wallenius, M., Skomsvoll, J. F., Koldingsnes, W., Rødevand, E., Mikkelsen, K., Kaufmann, C., & Kvien, T. K. (2009). Work disability and health-related quality of life in males and females with psoriatic arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 68(5), 685-689. <https://doi.org/10.1136/ard.2008.092049>
191. Westhoff, G., Listing, J., & Zink, A. (2000). Loss of physical independence in rheumatoid arthritis: interview data from a representative sample of patients in rheumatologic care. *Arthritis Care and Research*, 13(1), 11-22. [https://doi.org/10.1002/1529-0131\(200002\)13:1<11::AID-ART4>3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/1529-0131(200002)13:1<11::AID-ART4>3.0.CO;2-5)
192. Weyand, C. M., Schmidt, D., Wagner, U., & Goronzy, J. J. (1998). The influence of sex on the phenotype of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatism*, 41, 817-22. [https://doi.org/10.1002/1529-0131\(199805\)41:5<817::AID-ART7>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/1529-0131(199805)41:5<817::AID-ART7>3.0.CO;2-S)
193. Whalley, D., McKenna, S. P., De Jong, Z., & Van der Heijde, D. (1997). Quality of life in rheumatoid arthritis. *British journal of rheumatology*, 36(8), 884-888. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/36.8.884>
194. W Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (W): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
195. Wilburn, J., McKenna, S. P., Twiss, J., Rouse, M., Korkosz, M., Jancovic, R., Nemeč, P., Pancheco-Tena, C. F., Saraux, A., Westhovens, R., Durez, P., Martin, M., & Tammaru, M. (2015). Further international adaptation and validation of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL) questionnaire. *Rheumatology International*, 35(4), 669-675. <https://doi.org/10.1007/s00296-014-3138-4>
196. Wolfe, F. S. M. D. P. J., Kleinheksel, S. M., Cathey, M. A., Hawley, D. J., Spitz, P. W., & Fries, J. F. (1988). The clinical value of the Stanford Health Assessment Questionnaire Functional Disability Index in patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology*, 15(10), 1480-1488.
197. Wolfe, F. (2000). A reappraisal of HAQ disability in rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 43(12), 2751-2761. [https://doi.org/10.1002/1529-0131\(200012\)43:12%3C2751::AID-ANR15%3E3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1529-0131(200012)43:12%3C2751::AID-ANR15%3E3.0.CO;2-6)
198. Wolfe, F., & Michaud, K. (2007). Biologic treatment of rheumatoid arthritis and the risk of malignancy: analyses from a large US observational study. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 56(9), 2886-2895. <https://doi.org/10.1002/art.22864>
199. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001.

<https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

200. Xavier, R. M., Zerbini, C. A. F., Pollak, D. F., Morales-Torres, J. L. A., Chalem, P., Restrepo, J. F. M., Duhau, J. A., Amado, J. R., Abello, M., de la Vega, M. C., Davila, A. P., Biegun, P. M., Arruda, M. S., & Ramos-Remus, C. (2019). Burden of rheumatoid arthritis on patients' work productivity and quality of life. *Advances in Rheumatology*, 59. <https://doi.org/10.1186/s42358-019-0090-8>

VIII ПРИЛОЗИ

ПРИЛОГ 1. Додатне табеле

Дистрибуција одговора на појединачним ставкама НАQ упитника у односу на пол испитаника је приказана у Табели 58.

Без потешкоћа највећи број испитаника мушког пола, њих 16 (100,0%) отвара врата од аутомобила, односно њих 15 (93,8%) може да се попне пет степеника, седне и устане са WC шоље и улази и излази из аутомобила. Са потешкоћама највећи број испитаника мушког пола, њих 11 (25,0%), отвара ново паковање млека, пере и брише цело тело, сагиње се и дохвата одећу са пода и бави се кућним пословима, усисава и ради у башти.

Без потешкоћа највећи број испитаника женског пола, њих 43 (97,7%) одврће и заврће славине, односно њих 39 (88,6%) хода напољу по равној подлози. Са потешкоћама највећи број испитаника женског пола, њих 24 (54,5%), бави се кућним пословима, усисава и ради у башти. Укупно шест (13,6%) испитаника женског пола не може да отвори ново паковање млека.

Табела 58. Дистрибуција одговора на појединачним ставкама упитника *Health Assessment Questionnaire (HAQ)* у односу на пол испитаника

Можете ли да...	Пол	Без потешкоћа	Са потешкоћама	Са много потешкоћа	Не могу да извршим
... се сами обучете укључујући и везивање пертли и закопчавање дугмади?	М	13 (81,3)	3 (18,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
Можете ли сами да оперете косу?	Ж	28 (63,6)	15 (34,1)	1 (2,3)	0 (0,0)
... устанете са столице без наслона за руке?	М	13 (81,3)	3 (18,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
... легнете или устанете из кревета?	Ж	33 (75,0)	11 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
... сечете месо?	М	14 (87,5)	2 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
... подигнете пуну шољу или чашу до уста?	Ж	31 (70,5)	8 (18,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
... отворите ново паковање млека?	М	13 (81,3)	2 (12,5)	1 (6,3)	0 (0,0)
... ходате напољу по равној подлози?	Ж	37 (84,1)	7 (15,9)	2 (4,5)	0 (0,0)
... се попнете уз пет степеника?	М	11 (68,8)	4 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
... ходате напољу по равној подлози?	Ж	22 (50,0)	14 (31,8)	2 (4,5)	6 (13,6)
... се попнете уз пет степеника?	М	14 (87,5)	2 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
... оперете и обришете цело тело?	Ж	39 (88,6)	5 (11,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
... се сами окупате?	М	15 (93,8)	1 (6,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
... оперете и обришете цело тело?	Ж	36 (81,8)	7 (15,9)	1 (2,3)	0 (0,0)
... се сами окупате?	М	12 (75,0)	4 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
... седнете и устанете са WC шоље?	Ж	31 (70,5)	13 (29,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
... дохватите и спустите	М	13 (81,3)	3 (18,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
... седнете и устанете са WC шоље?	Ж	37 (84,1)	7 (15,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
... дохватите и спустите	М	15 (93,8)	1 (6,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
... дохватите и спустите	Ж	38 (86,4)	6 (13,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
... дохватите и спустите	М	14 (87,5)	1 (6,3)	1 (6,3)	0 (0,0)

предмет тежине 2.5кг (нпр. кесу шећера) који је непосредно изнад Ваше главе?	Ж	31 (70,5)	12 (27,3)	0 (0,0)	1 (2,3)
... се сагнете и дохватите одећу са пода?	М	12 (75,0)	4 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Ж	31 (70,5)	13 (29,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
... отворите врата од аутомобила?	М	16 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Ж	35 (79,5)	9 (20,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
... отворите већ отворене тегле?	М	12 (75,0)	3 (18,8)	1 (6,3)	0 (0,0)
	Ж	32 (72,7)	9 (20,5)	2 (4,5)	1 (2,3)
... одврћете и заврћете славине?	М	16 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Ж	43 (97,7)	1 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
... завршавате ситне обавезе ван куће и идете у куповину?	М	14 (87,5)	2 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Ж	35 (79,5)	8 (18,2)	0 (0,0)	1 (2,3)
... улазите и излазите из аутомобила?	М	15 (93,8)	1 (6,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Ж	33 (75,0)	10 (22,7)	0 (0,0)	1 (2,3)
... се бавите кућним пословима, усисавате или радите у башти?	М	12 (75,0)	4 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Ж	20 (45,5)	24 (54,5)	0 (0,0)	0 (0,0)

Напомена: М – мушки пол; Ж – женски пол. Подаци су дати у формату *n* (%).

Дистрибуција одговора испитаника на појединачним категоријама упитника НАQ упитника у односу на пол је приказана у Табели 59.

Без потешкоћа највећи број испитаника мушког пола, њих 14 (87,5%), извршава активности из категорије *Ход*, док њих 13 (81,3%) извршава активности из категорије *Устајање*. Са потешкоћама највећи број испитаника мушког пола, њих пет (31,3%), извршава активности из категорија *Исхрана* и *Дохватање предмета*. Са много потешкоћа, укупно три (18,8%) испитаника мушког пола обавља активности из категорије *Лична хигијена*.

Без потешкоћа највећи број испитаника женског пола, њих 35 (79,5%), извршава активности из категорије *Ход*, док њих 32 (72,7%) извршава активности из категорије *Устајање*. Са потешкоћама највећи број испитаника женског пола, њих 24 (54,5%), извршава активности из категорија *Активности*. Са много потешкоћа, укупно седам (15,9%) испитаника женског пола обавља активности из категорије *Лична хигијена*. Укупно шест (13,6%) испитаника женског пола не може да изврши активности из категорије *Исхрана*.

Табела 59. Дистрибуција одговора на појединачним категоријама упитника Health Assessment Questionnaire (HAQ) у односу на пол испитаника

HAQ категорије	Пол	Без потешкоћа	Са потешкоћама	Са много потешкоћа	Не могу да извршим
Облачење и лична нега	М	12 (75,0)	4 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Ж	27 (61,4)	15 (34,1)	2 (4,5)	0 (0,0)
Устајање	М	13 (81,3)	3 (18,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Ж	32 (72,7)	12 (27,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Исхрана	М	10 (62,5)	5 (31,3)	1 (6,3)	0 (0,0)
	Ж	20 (45,5)	15 (34,1)	3 (6,8)	6 (13,6)
Ход	М	14 (87,5)	2 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Ж	35 (79,5)	8 (18,2)	1 (2,3)	0 (0,0)
Лична хигијена	М	10 (62,5)	3 (18,8)	3 (18,8)	0 (0,0)
	Ж	28 (63,6)	9 (20,5)	7 (15,9)	0 (0,0)
Дохватање предмета	М	10 (62,5)	5 (31,3)	1 (6,3)	0 (0,0)
	Ж	25 (56,8)	18 (40,9)	0 (0,0)	1 (2,3)
Хватање	М	12 (75,0)	2 (12,5)	2 (12,5)	0 (0,0)
	Ж	26 (59,1)	15 (34,1)	2 (4,5)	1 (2,3)
Активности	М	12 (75,0)	4 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Ж	18 (40,9)	24 (54,5)	0 (0,0)	2 (4,5)

Напомена: М – мушки пол; Ж – женски пол. Подаци су дати у формату *n* (%).

Дистрибуција одговора испитаника на питање о помагалима или направама које се обично користе при обављању активности набројаних у HAQ упитнику у односу на пол је приказана у Табели 60. Највећи број испитаника, њих три (18,8%) мушког пола и три (6,8%) женског пола, користи помагала са продуженом дршком за купатило (нпр. четка са продуженом дршком), док по двоје (4,5%) испитаника женског пола користе седиште за каду и шипку за придржавање у кади.

Табела 60. Дистрибуција одговора испитаника на питање о помагалима или направама које се обично користе при обављању активности набројаних у Health Assessment Questionnaire (HAQ) упитнику у односу на пол

Помагала за обављање активности	Пол	Не користи		Користи	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Штап	М	16	100,0	0	0,0
	Ж	44	100,0	0	0,0
Рам за ходање	М	16	100,0	0	0,0
	Ж	43	97,7	1	2,3
Штаке	М	16	100,0	0	0,0
	Ж	43	97,7	1	2,3
Инвалидска колица	М	16	100,0	0	0,0
	Ж	44	100,0	0	0,0
Помагала за облачење	М	16	100,0	0	0,0
	Ж	44	100,0	0	0,0
Посебна/направљена помагала	М	16	100,0	0	0,0
	Ж	44	100,0	0	0,0
Посебна/направљена столица	М	16	100,0	0	0,0
	Ж	44	100,0	0	0,0
Друго	М	16	100,0	0	0,0
	Ж	44	100,0	0	0,0
Издигнуто седиште WC шоље	М	16	100,0	0	0,0
	Ж	43	97,7	1	2,3
Седиште за каду	М	16	100,0	0	0,0
	Ж	42	95,5	2	4,5
Отварач за тегле (за тегле које су већ отворене)	М	15	93,8	1	6,3
	Ж	44	100,0	0	0,0
Шипка за придржавање у кади ^а	М	16	100,0	0	0,0
	Ж	41	93,2	2	4,5
Помагала за дохватање предмета са продуженом дршком	М	16	100,0	0	0,0
	Ж	44	100,0	0	0,0
Помагала са продуженом дршком за купатило (нпр. четка са продуженом дршком)	М	13	81,3	3	18,8
	Ж	41	93,2	3	6,8
Друго	М	16	100,0	0	0,0
	Ж	43	97,7	1	2,3

Напомена: М – мушки пол; Ж – женски пол.

^аНедостајући подаци на нивоу узорка: n (%) = 1 (1,7).

Дистрибуција одговора испитаника на питање о помоћи друге особе при обављању активности набројаних у HAQ упитнику у односу на пол је приказана у Табели 61. Највећи број испитаника оба пола, њих 16 (100%) мушког и 44 (100,0%) женског, не користи помоћ друге особе при обављању активности из следећих категорија: *Облачење и лична нега, Устајање, Лична хигијена и Хватање и отварање предмета*. По један (2,3%) испитаник женског пола је потврдио да користи помоћ друге особе при следећим активностима: *Исхрана, Ходање, Дохватање предмета и Завршавање ситних обавеза и домаћи послови*.

Табела 61. Дистрибуција одговора испитаника на питање о помоћи друге особе при обављању активности набројаних у Health Assessment Questionnaire (HAQ) упитнику у односу на пол

Помоћ друге особе	Пол	Не користи		Користи	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Облачење и лична нега	М	16	100,0	0	0,0
	Ж	44	100,0	0	0,0
Устајање	М	16	100,0	0	0,0
	Ж	44	100,0	0	0,0
Исхрана	М	16	100,0	0	0,0
	Ж	43	97,7	1	2,3
Ходање	М	16	100,0	0	0,0
	Ж	43	97,7	1	2,3
Лична хигијена	М	16	100,0	0	0,0
	Ж	44	100,0	0	0,0
Дохватање предмета	М	16	100,0	0	0,0
	Ж	43	97,7	1	2,3
Хватање и отварање предмета	М	16	100,0	0	0,0
	Ж	44	100,0	0	0,0
Завршавање ситних обавеза и домаћи послови	М	16	100,0	0	0,0
	Ж	43	97,7	1	2,3

Напомена: М – мушки пол; Ж – женски пол.

Дескриптивни показатељи HAQ индекса испитаника у односу на пол су дати у Табели 62.

Према резултатима, просечан скор функцијске неспособности испитаника мушког пола износи 0,33 ($SD = 0,39$), а креће се од 0,00 до 1,38. Са друге стране, просечан скор функцијске неспособности испитаника женског пола износи 0,52 ($SD = 0,52$), а креће се од 0,00 до 2,25.

Табела 62. Дескриптивне мере постигнућа на упитнику Health Assessment Questionnaire (HAQ) у односу на пол испитаника

HAQ скор	Пол	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>SE</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
HAQ индекс	М	0,33	0,39	0,10	0,31	0,47	0,00	1,38
	Ж	0,52	0,52	0,08	0,50	0,97	0,00	2,25

Напомена: М – мушки пол; Ж – женски пол. Виши скор указује на мању функцијску способност.

Дистрибуција испитаника према степену функцијске неспособности (према HAQ индексу) у односу на пол је приказана у Табели 63. Нормалну функцијску способност, која указује на самостално и потпуно извођење активности свакодневног живота, има шест (37,5%) испитаника мушког пола и 13 (29,5%) испитаника женског пола. Највећи број испитаника мушког пола, њих девет (56,3%), као и 25 (56,8%) испитаника женског пола, има умерену неспособност која указује на лако смањење активности свакодневног живота. Тежу неспособност, која указује на теже смањење активности свакодневног живота, има један

(6,3%) испитаник мушког пола, односно пет (11,4%) испитаника женског пола. Потпуну функцијску неспособност, која указује да је пацијент потпуно зависан од туђе помоћи у активностима свакодневног живота, има један (2,3%) испитаник женског пола.

Табела 63. Дистрибуција степена функцијске неспособности (према НАQ индексу) у односу на пол испитаника

НАQ групе – три нивоа неспособности (НАQ индекс)	Пол испитаника			
	мушки		женски	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Нормална функцијска способност (0,000)	6	37,5	13	29,5
Умерена неспособност (0,125–1,000)	9	56,3	25	56,8
Тежа неспособност (1,125–2,000)	1	6,3	5	11,4
Потпуна функцијска неспособност (2,125–3,000)	0	0,0	1	2,3

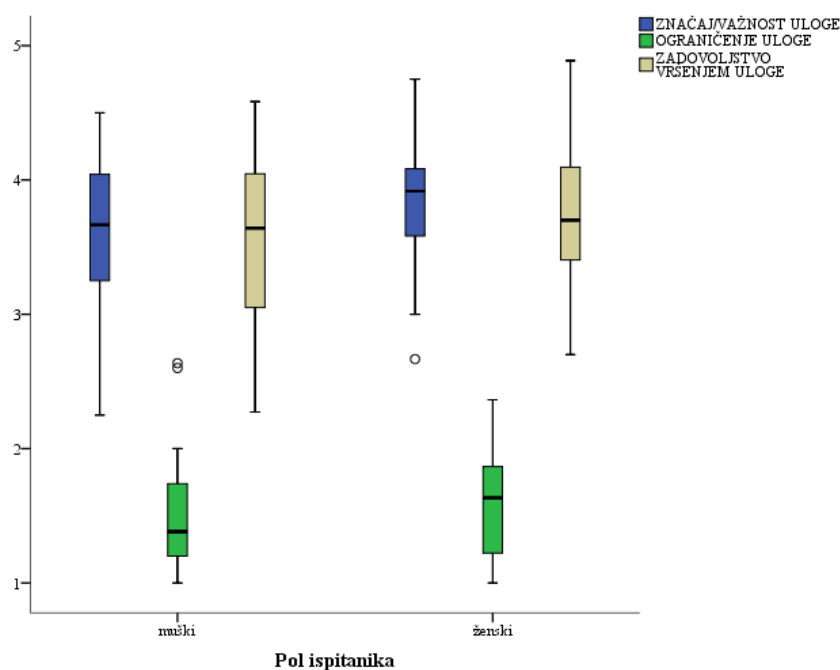
Компарација укупног постигнућа испитаника на SRPQ упитнику у односу на пол је дата у Табели 64.

Табела 64. Компарација постигнућа испитаника на упитнику *Social Role Participation Questionnaire (SRPQ)* у односу на пол

SRPQ скорови	Пол	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	Компарација
Значај/важност улоге	М	3,62	0,61	3,67	0,90	$t = -1,632, df = 58, p = 0,108$
	Ж	3,87	0,48	3,92	0,50	
Ограничење улоге	М	1,53	0,51	1,38	0,54	$U = 295,500, z = -0,945, p = 0,344$
	Ж	1,60	0,40	1,63	0,66	
Задовољство вршењем улоге	М	3,55	0,73	3,64	1,09	$t = -0,997, df = 20,3, p = 0,330$
	Ж	3,74	0,50	3,70	0,71	

Напомена: М – мушки пол; Ж – женски пол.

Када је реч о разликама у постигнућу испитаника на упитнику SRPQ у односу на пол, ни једна од испитиваних разлика није достигла задати ниво статистичке значајности (Табела 64). Упоредни приказ дат је на Графикону 1.



Графикон 1. Постигнућа испитаника на упитнику Social Role Participation Questionnaire (SRPQ) у односу на пол

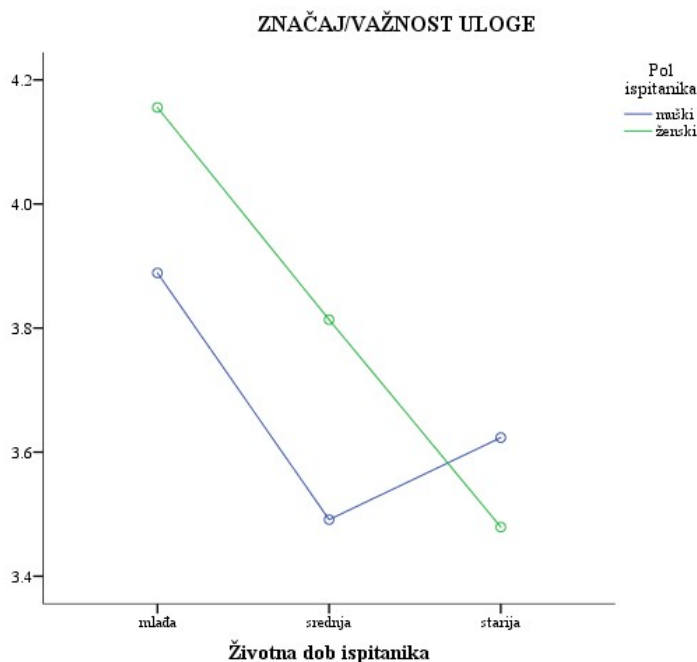
Упоредни приказ дескриптивних вредности постигнућа испитаника на SRPQ упитнику у односу на пол и животну доб дати је у Табели 65.

Табела 65. Упоредни приказ дескриптивних вредности постигнућа испитаника на упитнику Social Role Participation Questionnaire (SRPQ) у односу на пол и животну доб.

SRPQ скорови	Животна доб	Пол испитаника							
		Мушки				Женски			
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>	<i>IQR</i>
Значај/ важност улоге	Млађа	3,89	0,54	3,92	0,00	4,16	0,40	4,08	0,58
	Средња	3,49	0,91	3,50	1,71	3,81	0,46	3,92	0,46
	Старија	3,62	0,32	3,58	0,39	3,48	0,34	3,58	0,65
Ограничење улоге	Млађа	1,82	0,71	1,45	0,00	1,53	0,36	1,55	0,53
	Средња	1,36	0,41	1,21	0,80	1,64	0,43	1,70	0,79
	Старија	1,55	0,53	1,40	0,55	1,61	0,43	1,64	0,86
Задовољство вршењем улоге	Млађа	3,61	1,19	4,00	0,00	3,96	0,54	4,00	1,00
	Средња	3,56	0,86	3,47	1,73	3,66	0,43	3,64	0,54
	Старија	3,51	0,48	3,56	0,70	3,55	0,49	3,58	0,86

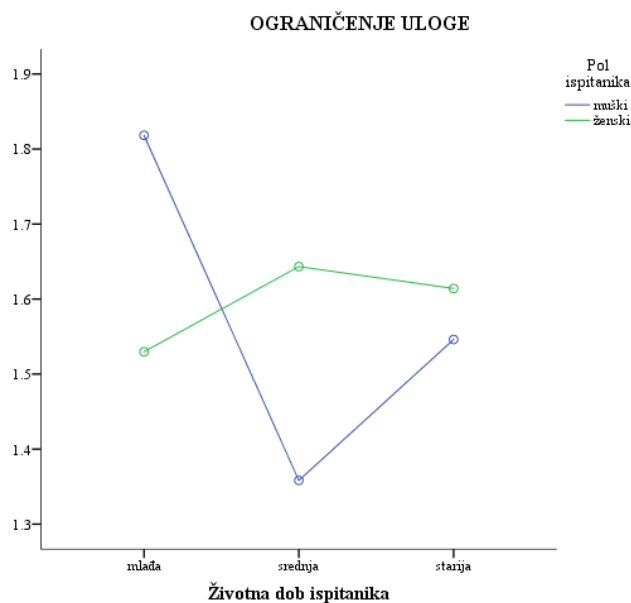
Двофакторском анализом варијансе различитих група истражен је утицај пола и животног доба на постигнућа испитаника на SRPQ упитнику.

Утицај интеракције између пола и животног доба није био статистички значајан када је анализиран скор *Значај/важност улоге*, $F(2, 54) = 1,063$, $p = 0,353$, $\eta^2 = 0,038$. Искључена је статистичка значајност засебног утицаја пола, $F(1, 54) = 0,962$, $p = 0,331$, $\eta^2 = 0,017$, и животног доба, $F(2, 54) = 3,024$, $p = 0,057$, $\eta^2 = 0,101$, на скор *Значај/важност улоге*. Упоредни приказ дат је на Графикону 2.



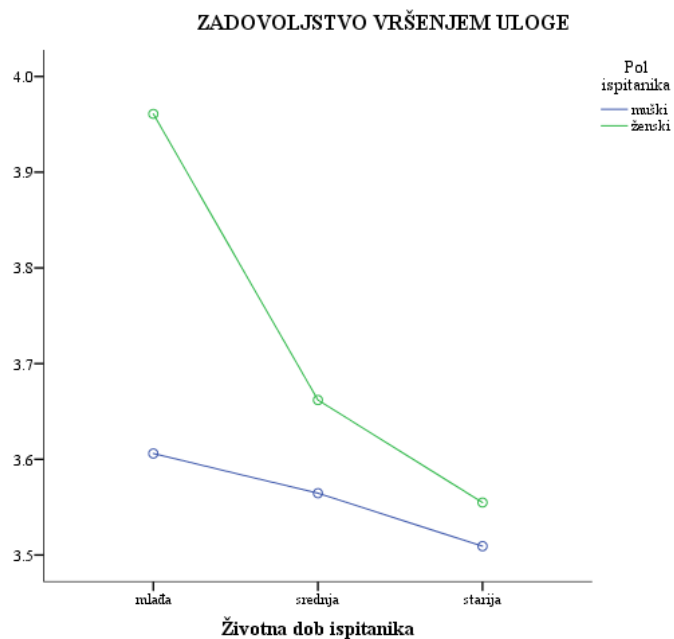
Графикон 2. Скор *Значај/важност улоге* у односу на пол и животног доб испитаника

Утицај интеракције између пола и животног доба није био статистички значајан када је анализиран скор *Ограничење улоге*, $F(2, 54) = 1,396$, $p = 0,256$, $\eta^2 = 0,049$. Искључена је статистичка значајност засебног утицаја пола, $F(1, 54) = 0,025$, $p = 0,876$, $\eta^2 = 0,000$, и животног доба, $F(2, 54) = 0,518$, $p = 0,599$, $\eta^2 = 0,019$, на скор *Ограничење улоге*. Упоредни приказ дат је на Графикону 3.



Графикон 3. Скор Ограничење улоге у односу на пол и животну доб испитаника

Утицај интеракције између пола и животног доба није био статистички значајан када је анализиран скор *Задовољство вршењем улоге*, $F(2, 54) = 0,244$, $p = 0,785$, $\eta^2 = 0,009$. Искључена је статистичка значајност засебног утицаја пола, $F(1, 54) = 0,872$, $p = 0,355$, $\eta^2 = 0,016$, и животног доба, $F(2, 54) = 0,594$, $p = 0,556$, $\eta^2 = 0,022$, на скор *Задовољство вршењем улоге*. Упоредни приказ дат је на Графикону 4.



Графикон 4. Скор *Задовољство вршењем улоге* у односу на пол и животну доб испитаника

Повезаност постигнућа испитаника мушког и женског пола на упитнику Social Role Participation Questionnaire (SRPQ) и дужине трајања болести је приказана у Табели 66.

Табела 66. Повезаност постигнућа испитаника на упитнику Social Role Participation Questionnaire (SRPQ) и дужине трајања болести

SRPQ скорови	Дужина трајања болести (месеци)			
	Мушки пол		Женски пол	
	ρ	p	ρ	p
Значај/важност улоге	-0,004	0,987	-0,143	0,356
Ограничење улоге	-0,074	0,786	-0,015	0,922
Задовољство вршењем улоге	-0,050	0,854	-0,174	0,258

Применом Спирманове корелације ранга, није потврђена статистичка значајност повезаности постигнућа испитаника мушког и женског пола на SRPQ упитнику и дужине трајања болести (Табела 66).

Упоредни приказ дескриптивних вредности постигнућа испитаника на SRPQ упитнику у односу на пол и активност болести дат је у Табели 67.

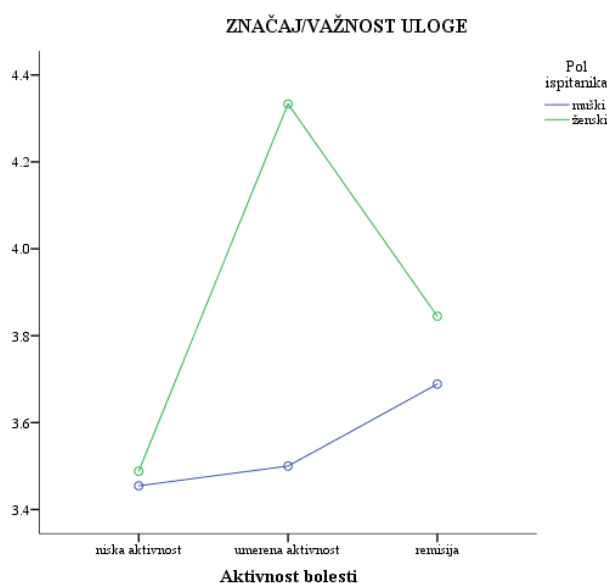
Табела 67. Упоредни приказ дескриптивних вредности постигнућа испитаника на упитнику Social Role Participation Questionnaire (SRPQ) у односу на пол и активност болести

SRPQ скорови	Активност болести	Пол испитаника							
		Мушки				Женски			
		M	SD	Mdn	IQR	M	SD	Mdn	IQR
Значај/важност улоге	Ниска	3,45	0,67	3,36	0,00	3,49	0,51	3,67	0,92
	Умерена	3,50	0,30	3,58	0,00	4,33	0,34	4,33	0,67
	Ремисија	3,69	0,73	3,75	1,18	3,84	0,42	3,92	0,54
Ограничење улоге	Ниска	1,32	0,39	1,20	0,00	1,64	0,39	1,67	0,78
	Умерена	1,87	0,64	1,60	0,00	1,70	0,38	1,80	0,46
	Ремисија	1,36	0,33	1,27	0,49	1,54	0,40	1,50	0,61
Задовољство вршењем улоге	Ниска	3,42	0,47	3,56	0,00	3,61	0,53	3,70	0,92
	Умерена	3,07	0,32	3,20	0,00	3,85	0,54	4,00	0,89
	Ремисија	3,89	0,70	4,00	1,05	3,76	0,50	3,70	0,65

Напомена: Укупно 2 (3,4%) испитаника на нивоу узорка, један мушког и један женског пола, из подгрупе високе активности су искључени из анализе.

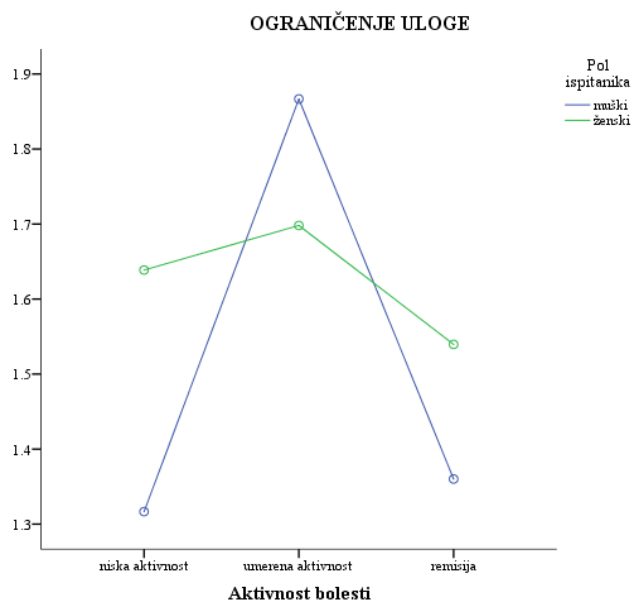
Двофакторском анализом варијансе различитих група истражен је утицај пола и активности болести на постигнућа испитаника на SRPQ упитнику.

Утицај интеракције између пола и активности болести није био статистички значајан када је анализиран скор *Значај/важност улоге*, $F(2, 52) = 1,798$, $p = 0,176$, $\eta^2 = 0,065$. Искључена је статистичка значајност засебног утицаја пола, $F(1, 52) = 3,932$, $p = 0,053$, $\eta^2 = 0,070$, и активности болести, $F(2, 52) = 1,831$, $p = 0,170$, $\eta^2 = 0,066$, на скор *Значај/важност улоге*. Упоредни приказ дат је на Графикону 5.



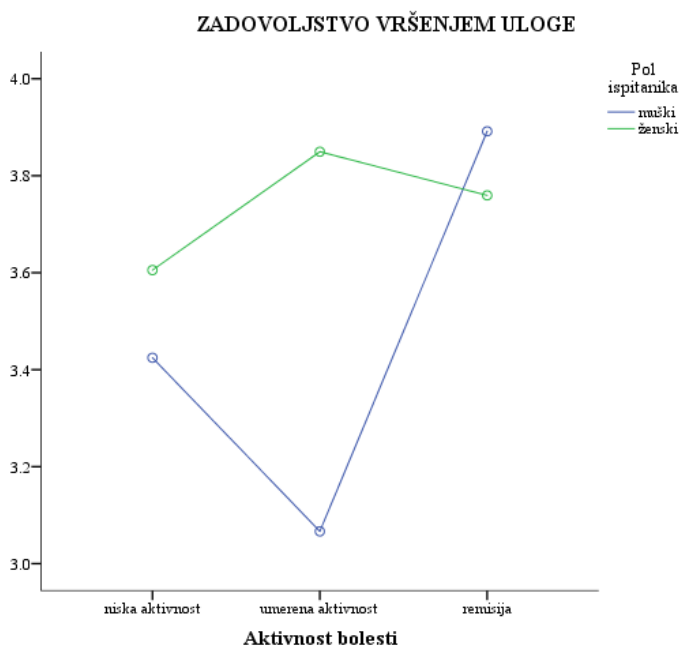
Графикон 5. Скор *Значај/важност улоге* у односу на пол испитаника и активности болести

Утицај интеракције између пола и активности болести није био статистички значајан када је анализиран скор *Ограничење улоге*, $F(2, 52) = 0,890$, $p = 0,417$, $\eta^2 = 0,033$. Искључена је статистичка значајност засебног утицаја пола, $F(1, 52) = 0,642$, $p = 0,427$, $\eta^2 = 0,012$, и активности болести, $F(2, 52) = 2,315$, $p = 0,109$, $\eta^2 = 0,082$, на скор *Ограничење улоге*. Упоредни приказ дат је на Графикону 6.



Графикон 6. Скор Ограничење улоге у односу на пол испитаника и активности болести

Утицај интеракције између пола и активности болести није био статистички значајан када је анализиран скор *Задовољство вршењем улоге*, $F(2, 52) = 2,383$, $p = 0,102$, $\eta^2 = 0,084$. Искључена је статистичка значајност засебног утицаја пола, $F(1, 52) = 2,202$, $p = 0,144$, $\eta^2 = 0,041$, и активности болести, $F(2, 52) = 2,118$, $p = 0,131$, $\eta^2 = 0,075$, на скор *Задовољство вршењем улоге*. Упоредни приказ дат је на Графикону 7.



Графикон 7. Скор *Задовољство вршењем улоге* у односу на пол испитаника и активности болести

Биографија

Шимпрага Љиљана рођена је 12.02.1971. године у Београду, где је завршила основну школу и средњу медицинску школу. Дипломирала је на Вишој медицинској школи, смер виши физиотерапеут 1993. године, 2018. године Висока здравствена школа струковних студија у Београду, струкови физиотерапеут. Дефектолошки факултет на Универзитету у Београду, студијски програм Дипломирани дефектолог – рехабилитатор соматопед, уписала је школске 2003/04. Основне академске студије завршила је 2008. године на Факултету за специјалну едукацију и рехабилитацију, а затим и мастер академске студије, студијски програм Специјална едукација и рехабилитација особа са моторичким поремећајима 2014. године. Докторске академске студије, студијски програм Дефектологија, уписала је школске 2015/16. године на Универзитету у Београду - Факултету за специјалну едукацију и рехабилитацију.

Запослена је на Академији струковних студија Београд, на Одсеку Високе здравствене школе, на месту наставника вештина на основним и мастер струковним студијама, студијске групе Струковни физиотерапеут.

Похађала је бројне едукације, курсеве, специјалистичке семинаре и стручне скупове у оквиру програма сталног стручног усавршавања дефектолога, физиотерапеута и наставника. Учествовала је на већем броју међународних конференција и научних скупова из области специјалне едукације и рехабилитације, као и из области здравља и публиковала научне и стручне чланке у националним часописима и зборницима међународног значаја. Учесник је пројекта UNICEF у Србији: *Деца која се развијају другачије. Деца са инвалидитетом или са сметњама у развоју*, Модул 12, (2019).

Изјава о ауторству

Име и презиме аутора **Шимпрага Љиљана**

Број индекса **2015 / 5003**

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

Карактеристике социјалне партиципације и квалитета живота код особа са реуматоидним артритисом

- резултат сопственог истраживачког рада;
- да дисертација у целини ни у деловима није била предложена за стицање друге дипломе према студијским програмима других високошколских установа;
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршила ауторска права и користила интелектуалну својину других лица.

Потпис аутора

У Београду, _____

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора **Шимпрага Љиљана**

Број индекса **2015 / 5003**

Студијски програм **Дефектологија**

Наслов рада

Карактеристике социјалне партиципације и квалитета живота код особа са реуматоидним артритисом

Ментор **Др Горан Недовић, редовни професор, Универзитет у Београду -**

Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију

Изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предала ради похрањивања у **Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду.**

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског назива доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис аутора

У Београду, _____

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

Карактеристике социјалне партиципације и квалитета живота код особа са реуматоидним артритисом

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предала сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Београду и доступну у отвореном приступу могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучила.

1. Ауторство (CC BY)
2. Ауторство – некомерцијално (CC BY-NC)
3. Ауторство – некомерцијално – без прерада (CC BY-NC-ND)
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима (CC BY-NC-SA)
5. Ауторство – без прерада (CC BY-ND)
6. Ауторство – делити под истим условима (CC BY-SA)

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци. Кратак опис лиценци је саставни део ове изјаве).

Потпис аутора

У Београду, _____

1. **Ауторство.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце, чак и у комерцијалне сврхе. Ово је најслободнија од свих лиценци.
2. **Ауторство – некомерцијално.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела.
3. **Ауторство – некомерцијално – без прерада.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела. У односу на све остале лиценце, овом лиценцом се ограничава највећи обим права коришћења дела.
4. **Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада.
5. **Ауторство – без прерада.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела.
6. **Ауторство – делити под истим условима.** Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада. Слична је софтверским лиценцама, односно лиценцама отвореног кода.